

# BACHELORTHESIS

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts  
im Studiengang Soziale Arbeit

## **Ver-rückt sein. Das Stigma Schizophrenie – Auswirkungen auf das Leben von Betroffenen.**

**Am Beispiel von an Schizophrenie erkrankten Menschen im Kontext  
des Ambulant Betreuten Wohnens unter Verwendung des  
Forschungsprogramms Subjektive Theorien.**

Autorin: **Daniela Weiß**  
Matrikelnummer: **50003134**

Betreuer: **Br. Prof. Dr. Peter Schiffer OSCam**  
Zweitgutachter: **Dr. Thomas Fliege**

Vorgelegt am: **01.12.2016**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1. Erkenntnisleitende Forschungsfrage	2
1.2. Zielsetzung	3
1.3. Aufbau der Arbeit	3
1.4. Methodologie	4

## TEIL 1: THEORETISCHER UND FACHLICHER BEZUGSRAHMEN

<b>2. Stigma und Stigmatisierung</b>	<b>5</b>
2.1. Annäherung an zentrale Begrifflichkeiten	5
2.2. Stigmatisierungsansätze	6
2.2.1. Stigmatheorie nach Erving Goffman	7
2.2.2. Etikettierungsansatz nach Scheff	8
2.2.3. Modifizierter Etikettierungsansatz nach Link u.a.	9
2.3. Ursachen und Funktionen von Stigmatisierung	9
2.4. Der Stigmatisierungsprozess	10
2.5. Erscheinungsformen von Stigmatisierung	11
<b>3. Die psychische Erkrankung Schizophrenie</b>	<b>13</b>
3.1. Diagnostik und Symptomatik	13
3.1.1. Diagnostische Leitlinien und Diagnosestellung	14
3.1.2. Symptomatik	16
3.2. Epidemiologie	17
3.3. Ätiologie	17
3.3.1. Erblich, körperlich und sozial bedingte Ursachen	18
3.3.2. Vulnerabilitäts-Stress-Modell	19
3.4. Verlauf und Prognose	20
3.4.1. Verlaufsformen und Phasen	20
3.4.2. Prognose	21
3.5. Behandlung	22
3.5.1. Medikamentöse Behandlung	22
3.5.2. Psychotherapeutische Behandlung	23
3.6. Zusammenfassung	24

## **TEIL 2: EMPIRISCHER TEIL**

<b>4. Methodologie</b>	26
4.1. Forschungsprogramm Subjektive Theorien nach Groeben u.a.	26
4.1.1. Menschenbildannahme	26
4.1.2. Subjektive Theorien	28
4.2. Forschungsmethoden	32
4.2.1. Erhebungsmethode halb-standardisiertes Interview	32
4.2.2. Auswertungstechnik Heidelberger Struktur-Lege-Technik	33
4.3. Gütekriterien	35
4.4. Beschreibung der Durchführung	37
4.5. Begründung der Methodenwahl	40
4.6. Forschungsethik	41
 <b>5. Darstellung der Ergebnisse: Stigmatisierung von an Schizophrenie erkrankten Menschen im Kontext Ambulant Betreutes Wohnen</b>	 44
5.1. Gründe für die Stigmatisierung von Schizophrenie	44
5.2. Formen der Stigmatisierung von Schizophrenie	47
5.2.1. Interpersonelle Interaktion	48
5.2.2. Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit	50
5.2.3. Strukturelle Diskriminierung	53
5.2.4. Zugang zu sozialen Rollen	57
5.3. Selbststigmatisierung bzw. internalisierte Stigmatisierung	60
5.4. Folgen der Stigmatisierung für Betroffene	63
5.4.1. Auswirkungen auf die interpersonellen Interaktionen	64
5.4.2. Auswirkungen auf die soziale Teilhabe	65
5.4.3. Auswirkungen auf die individuelle Identität	68
5.4.4. Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf	69
5.5. Zusammenfassung	72
 <b>6. Umgang mit Stigmatisierung als Aufgabe der Sozialen Arbeit</b>	 75
6.1. Umgang mit Stigmatisierung im transprofessionellen Kontext	75
6.2. Umgang mit Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene	77
6.3. Umgang mit Stigmatisierung auf individueller Ebene	81
6.4. Schlussfolgerung	85
 <b>7. Schlussbetrachtung und Ausblick</b>	 87
7.1. Wissenschaftliche Erkenntnisse	87
7.2. Validation	88
7.3. Ausblick	90

<b>8. Nachwort</b>	91
<b>9. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b>	92
9.1. Abbildungsverzeichnis	92
9.2. Tabellenverzeichnis	93
<b>10. Abkürzungsverzeichnis</b>	94
<b>11. Literatur- und Medienverzeichnis</b>	96
11.1. Literatur	96
11.2. Internetquellen	103
<b>12. Anhang</b>	
12.1. Diagnosestellung der Schizophrenie in der ICD-10 und im DSM-5	1
12.2. Explanative und Kommunikative Validierung im FST	2
12.3. Gegenüberstellung der Gütekriterien quantitativer und qualitativer Sozialforschung	3
12.4. Unterlagen zur Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen	4
12.4.1. Leitfaden-Interview	4
12.4.2. Pretest	5
12.4.3. Hinweise zur Durchführung der Interview-Sitzung	6
12.4.4. Informationsblatt für die UntersuchungspartnerInnen	7
12.4.5. Datenschutz- und Einverständniserklärung	8
12.4.6. Hinweise zur Durchführung der Dialog-Konsens-Sitzung	9
12.5. Transkripte der Interviews	10
12.5.1. Transkript Interview Frau Schmidt	10
12.5.2. Transkript Interview Herr Maier	20
12.6. Struktur-Lege-Verfahren	29
12.6.1. Struktur-Lege-Regeln	29
12.6.2. Struktur-Lege-Bilder Frau Schmidt	30
12.6.3. Struktur-Lege-Bilder Herr Maier	36
12.7. Formen der Stigmatisierung und ihre Auswirkungen	41
12.8. Antistigma-Initiativen in Deutschland	42
12.9. Strategien zur Bekämpfung von Stigmatisierung	43
12.10. Bereiche und Zielgruppen für Antistigma-Interventionen	44
<b>Eidesstaatliche Versicherung</b>	45

# 1 Einleitung

„Mit denen könnte ich nicht arbeiten. Wirst du da nicht selbst irgendwann verrückt?“<sup>1</sup> Diese oder ähnliche Reaktionen erlebte ich immer wieder bei Nennung der Personengruppe, mit der ich während meines praktischen Studienseesters zusammenarbeitete: psychisch kranke Menschen.<sup>2</sup> Vor allem Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, schienen Angst, Unsicherheit und Abwehrhaltung hervorzurufen. Finzen (2010) schildert treffend:

„Was geschieht, wenn jemand einräumt, dass er schizophren ist [...]? Vermutlich folgendes: Die Mitmenschen gehen auf Distanz. Ein innerer Alarm setzt ein. Alle Vorurteile und Vorbehalte, die mit dem Wort Schizophrenie verbunden sind, werden wach: Unberechenbarkeit, Gefährlichkeit, Unzuverlässigkeit, Realitätsferne, Fremdheit, verwirrtes Denken, unheimlicher Blick, irres Lachen.... Man merkt dem Gegenüber förmlich an, wie seine Alarmglocken klingen.“ (ebd.: 9)<sup>3</sup>

Ich muss zugeben, auch ich hatte zu Beginn des praktischen Studienseesters meine Bedenken und Vorurteile. Erst durch den direkten Kontakt mit Schizophrenie-Erkrankten konnte ich Vorbehalte abbauen. In dieser Zeit wurde mir jedoch auch bewusst, wie sehr solche Menschen unter den Vorurteilen und diskriminierenden Handlungen anderer leiden. Sie werden nicht nur als *verrückt* bezeichnet, sondern auch so behandelt: sie werden aus der Mitte der Gesellschaft in eine Randposition *verrückt*. Dadurch kämpfen sie nicht nur gegen die Auswirkungen ihrer eigentlichen Krankheit, sondern auch gegen die Auswirkungen erlebter Stigmatisierung.<sup>4</sup>

Man sollte meinen, Stigmatisierung spiele in unserer heutigen Gesellschaft keine Rolle mehr. Über 50 Jahre ist es her, seit Goffmann sich mit den negativen Auswirkungen von Stigmatisierung beschäftigte. Letztes Jahr wurde *40 Jahre Psychiatrie-Enquête* gefeiert – eine Reform, die die Versorgung psychisch kranker Menschen verbesserte. Bei der Recherche zum Thema stößt man auf ein breites Angebot an Selbsthilfeorganisationen und Antistigma-Kampagnen. Und trotzdem: „Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen [sind] nach wie vor gesellschaftliche Realität [...]“ (Kardoff 2010: 4).

---

<sup>1</sup> Die vorliegende Arbeit richtet sich in ihrer Rechtschreibung an den seit 2006 geltenden neuen Regeln aus. In Zitaten wird jedoch die dort gewählte Rechtschreibung beibehalten. Auslassungen innerhalb von Zitaten werden mit [...] gekennzeichnet.

<sup>2</sup> Wenn über psychisch kranke Menschen geschrieben wird, gibt es unterschiedliche Arten der Wortwahl: psychisch Kranke, psychisch kranke Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen. Selbiges gilt in Bezug auf die Krankheit Schizophrenie: Menschen mit Schizophrenie, an Schizophrenie erkrankte Menschen, Schizophrene, Schizophrenie-Erkrankte, Schizophrenie-Kranke. Vorliegende Arbeit wird sich auf keine spezifische Wortwahl festlegen und sieht in keiner der hier benannten eine Auf- oder Abwertung des jeweiligen Menschen. Im Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens wird vorliegende Personengruppe häufig mit dem Begriff KlientIn beschrieben.

<sup>3</sup> Bei der Gestaltung der Zitation und des Literaturverzeichnisses wird auf die für die Hochschule übliche ISO-Norm 690-2010(E) unter Verwendung der Harvard-Zitiermethode zurückgegriffen.

<sup>4</sup> Die Annäherung an relevante Begrifflichkeiten (z.B. Stigmatisierung, Schizophrenie, Ambulant Betreutes Wohnen, Forschungsprogramm Subjektive Theorien,...) wird in den jeweiligen Kapiteln stattfinden. Je nach Gewichtung des Begriffs wird dies im Fließtext oder separat in einer Fußnote geschehen.

Eine psychische Diagnose schreckt ab - in besonderer Weise scheint dies auf die Diagnose Schizophrenie zuzutreffen. Konfrontiert mit dieser Annahme und dem persönlichen Kontakt mit Schizophrenie-Erkrankten, die deutlich unter den Auswirkungen erlebter Stigmatisierung litten, entstand der Gedanke, mich mehr mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

### **1.1 Erkenntnisleitende Forschungsfrage**

Der Titel der vorliegenden Arbeit lautet: *Ver-rückt sein. Das Stigma Schizophrenie – Auswirkungen auf das Leben von Betroffenen. Am Beispiel von an Schizophrenie erkrankten Menschen im Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens unter Verwendung des Forschungsprogramms Subjektive Theorien*. Damit verbunden ist die folgende erkenntnisleitende Forschungsfrage: Wie erleben Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, Stigmatisierung und welche Auswirkungen hat dies auf ihr Leben? Mit dieser zentralen Fragestellung gehen weiterführende Fragen einher, die Grundlagen, Kontext und Hintergründe betreffen: Was ist Stigmatisierung? Welche Ursachen und Erscheinungsformen gibt es? Auf welche Weise erleben Schizophrenie-Erkrankte Stigmatisierung und was sind die Gründe dafür? Wie wirkt sich dieses Erleben auf das Leben und den Krankheitsverlauf von Betroffenen aus? Dabei bilden die Subjektiven Theorien (ST) zweier Untersuchungspersonen (UP) den Forschungsgegenstand<sup>5</sup>.

Der oben beschriebene persönliche Bezug zum Thema gab den ersten Anstoß für die Themenwahl. Bei anschließender Recherche stellte sich heraus, dass es wenige aktuelle Forschungen zum Thema Stigmatisierung von Schizophrenie gibt, die die Sicht der Betroffenen beleuchten und sich mit den Auswirkungen auf deren Leben beschäftigen. Diese Tatsache gibt der Forschungsfrage eine gewisse Relevanz und Aktualität. Die Eingrenzung auf die Diagnose Schizophrenie sowie den Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW) ist dem limitierten Umfang dieser Arbeit geschuldet.

Die Forschungsfrage behandelt ein Schnittstellenthema, das mehrere Professionen betrifft: PsychiaterInnen, PflegerInnen, HeilpädagogInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen. Diese Arbeit wird all diesen Professionen nicht gerecht werden können. Ich werde deshalb versuchen, ausgehend vom Standpunkt der Sozialen Arbeit die Verbindung zum Gesundheitswesen herzustellen. So scheint es mir als Sozialarbeiterin von großer Bedeutung zu sein, über die Hintergründe der Krankheit und der Stigmatisierung sowie deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen Bescheid zu wissen, um ihnen angemessen Hilfe und Unterstützung bieten zu können.

---

<sup>5</sup> Anstelle des Begriffs *Gegenstand* kann auch das aus dem Französischen stammende Wort *Sujet* verwendet werden. Es wird mit *Frage, Gegenstand, Thema, Objekt* und *Gestaltung* übersetzt.

## 1.2 Zielsetzung

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit ist ein Erkenntnisgewinn zur Forschungsfrage. Anhand einer Untersuchung mit zwei Betroffenen unter Verwendung des Forschungsprogramms Subjektive Theorien (FST) sollen exemplarisch ST erhoben werden, die sich mit den Gründen, den Formen und den Auswirkungen von Stigmatisierung befassen. Ein damit zusammenhängendes, jedoch in der Bedeutung nachgeordnetes Ziel ist das Erarbeiten möglicher Ansätze zur Stigmabewältigung.

Da es meiner Meinung nach einen Mangel an empirischen Forschungsergebnissen zum Forschungsgegenstand gibt, wird sich diese Arbeit durch einen qualitativen Forschungsansatz explorativ dem Thema annähern. Die Ergebnisse können also nicht verallgemeinernd genutzt werden. Vielmehr ist es mein Anliegen, damit Anstöße für größer angelegte und weiterführende Forschungen zu geben. Somit ist das Ziel dieser Arbeit weder das Erlangen eines abschließenden allgemeingültigen Ergebnisses noch das Abdecken aller Facetten der Thematik.

Auch wenn sich manche Aussagen auf psychische Krankheiten im Allgemeinen beziehen, werde ich eine Eingrenzung auf die Krankheit Schizophrenie vornehmen. Anstatt Betroffene in stationärer Behandlung zu befragen, werde ich die Untersuchung mit zwei UPs aus dem ABW durchführen. Und schließlich werde ich der Problematik der Sekundärstigmatisierung<sup>6</sup> keine Beachtung schenken, sondern mich voll und ganz auf die Stigmatisierung von Schizophrenie-Erkrankten fokussieren.

## 1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile: Der erste Teil stellt den theoretischen und fachlichen Bezugsrahmen dar. In Kapitel zwei werden die Grundlagen zum Thema Stigma und Stigmatisierung gelegt. Dazu werden unterschiedliche Stigmatisierungsansätze erläutert und Ursachen, Verlauf und Formen der Stigmatisierung erklärt. Das darauffolgende Kapitel drei stellt einen Überblick über die Krankheit Schizophrenie dar, indem Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie, Verlauf und Behandlung behandelt werden.

Der zweite Schwerpunkt dieser Arbeit ist der empirische Teil. In Kapitel vier wird zuerst die Methodologie vorgestellt: Das FST nach Groeben u.a. und die dazu ausgewählten Methoden des halb-standardisierten Interviews nach Scheele und Groeben sowie die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT) werden erklärt. Dem folgen eine Beschreibung der Durchführung der Forschung sowie die Begründung der Methodenwahl. Außerdem wird ein Blick in die Gütekriterien qualitativer Sozialforschung und in die Forschungsethik geworfen. Kapitel fünf stellt schließlich die Ergebnisse der durchgeführten Forschung dar. Hier werden Gründe, Formen und Folgen der Stigmatisierung von

---

<sup>6</sup> Die Sekundärstigmatisierung meint die Stigmatisierung, die Angehörige oder Professionelle, welche mit betroffenen Personen zusammenleben bzw. zusammenarbeiten, betrifft. Finzen (2013) benutzt dafür den Begriff *Stigma by Courtesy* und wählt die Übersetzung *Sippenhaft* (ebd.: 52ff.).

an Schizophrenie erkrankten Menschen beschrieben. Hierbei liegt der Fokus auf den ST der beiden UPs. In Kapitel sechs werden Ansätze zum Umgang mit Stigmatisierung entwickelt. Hierbei wird die Rolle der Sozialen Arbeit aus dem Blickwinkel eines transprofessionellen Kontextes betrachtet. Außerdem werden Möglichkeiten der Stigmabewältigung auf gesellschaftlicher und individueller Ebene diskutiert. Schließlich endet die Arbeit mit einer Schlussbetrachtung, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammenfasst, die Arbeit validiert und weiterführende Gedanken mitteilt.

#### **1.4 Methodologie**

Die Zeitspanne für die Durchführung der Forschung und die Fertigstellung der vorliegenden Arbeit beläuft sich auf drei Monate. Die theoretischen Grundlagen habe ich mir anhand von Fachliteratur angeeignet. Die Literaturrecherche erfolgte hauptsächlich in der Bibliothek der Hochschule und der Stadtbibliothek Stuttgart sowie den Datenbanken Livivo (ehemals MedPilot), DIMDI, Karlsruher Virtueller Katalog KVK, Volltextserver SSOAR und Google-Scholar. Die anfängliche unsystematische Recherche, die sich auf deutsche Suchbegriffe beschränkte, wurde mit der Zeit gezielter und auch auf englische Quellen ausgeweitet.

Der empirische Teil ist der qualitativen Sozialforschung zuzuordnen. Prinzipien, wie die naturalistische, fallorientierte und induktive Vorgehensweise<sup>7</sup> unterstützen das Ziel dieser Arbeit: die Erhebung der ST zweier Betroffenen zum Thema Stigmatisierung von Schizophrenie. Grundlage des empirischen Teils stellt das FST von Groeben u.a. dar. Als Erhebungsmethode wird das halb-standardisierte Interview von Scheele und Groeben verwendet, mit welchem zwei UPs befragt wurden. Als Auswertungsmethode dient die Heidelberger SLT, mit deren Hilfe eine kommunikative Validierung stattfindet. Diese beiden Methoden erscheinen mir für die Untersuchung meiner Forschungsfrage am geeignetsten. Da es sich beim Forschungsgegenstand um Kognitionen der Selbstsicht handelt, ist es naheliegend, die ST per SLT zu erheben. Dadurch wird die Funktion der Erklärung, Prognose und Technologie erfüllt. Außerdem passen die Forschungsmethoden zum epistemologischen Menschenbild, welches eine achtsame, respektvolle und partizipative Forschung voraussetzt.

Durch diese Form der explorativen, hermeneutisch interpretativen Forschung werde ich exemplarisch die ST zweier Betroffenen erheben, um Antworten auf die erkenntnisleitende Forschungsfrage zu finden und zu neuen Erkenntnissen zu gelangen, die zu weiterführenden Forschungen anregen können.

---

<sup>7</sup> Zur weiteren Ausführung der Prinzipien qualitativer Forschung sei auf Hussy, Schreier und Echterhoff (2013: 184-187) verwiesen.



# TEIL 1: THEORETISCHER UND FACHLICHER BEZUGSRAHMEN

## 2 Stigma und Stigmatisierung

Bevor die Durchführung und die Ergebnisse der Forschung behandelt werden, sollen in diesem Kapitel die Grundlagen der Thematik Stigma und Stigmatisierung betrachtet werden. Nachdem eine Annäherung an zentrale Begrifflichkeiten stattgefunden hat, werden die bekanntesten Stigmatisierungsansätze beschrieben. Dem folgt eine Auseinandersetzung mit den Ursachen und Funktionen von Stigmatisierung, sowie eine Einführung in den typischen Stigmatisierungsprozess. Schließlich endet das Kapitel mit einer Beschreibung unterschiedlicher Erscheinungsformen von Stigmatisierung.

### 2.1 Annäherung an zentrale Begrifflichkeiten

Um eine gemeinsame Ausgangsbasis zu schaffen und Missverständnisse vorzubeugen, sollen zu Beginn dieses Kapitels die zwei relevanten Begrifflichkeiten *Stigma* und *Stigmatisierung* erklärt werden. Dem folgt eine knappe Erläuterung der Zuschreibungen *diskreditiert* und *diskreditierbar*, um abschließend die Begriffe *Stigma-Management*, *Stigma-Forschung*, *Entstigmatisierung* und *Selbststigmatisierung* zu erklären. Im weiteren Verlauf der Ausarbeitung werden an gegebenen Stellen detaillierte Erläuterungen angefügt.

Der Duden (2016) beschreibt Stigma als „etwas, wodurch etwas oder jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderen unterscheidet“. In diesem Sinne können Stigmata körperliche, soziale oder psychische Merkmale sein, die einen Menschen von einer anderen Gruppe abgrenzen und damit Exklusion mit sich bringen.<sup>8</sup>

Im *Wörterbuch Soziale Arbeit* wird auf die jüngere Soziologie und Sozialpsychologie verwiesen. In diesem Kontext wird Stigmatisierung als Prozess beschrieben, „in dessen Verlauf bestimmte (äußere) Merkmale von Personen(-gruppen) mit negativen Bewertungen (Vorurteilen, Stereotypen) belegt und die derart klassifizierten Individuen in eine Randgruppen- oder Außenseiterposition gedrängt werden.“ (Olk 2013: 930)

Diese soziologische Betrachtungsweise soll Ausgangslage der vorliegenden Arbeit sein. Die Überlegungen von Erving Goffman, einem amerikanischen Soziologen, flie-

---

<sup>8</sup> Der Begriff *Stigma* bedeutet wörtlich übersetzt *Brand-*, *Schandmal*, *Kennzeichen* und ist auf die Griechen zurückzuführen. Laut Goffman (1977: 9) schufen sie den Begriff als „Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren“. Diese Zeichen wurden damals in der Regel in den Körper gebrannt oder geschnitten um in aller Öffentlichkeit zu zeigen, dass es sich bei den Stigma-TrägerInnen bspw. um VerbrecherInnen oder SklavInnen handelte – Personen, die gemieden werden sollten. Im *Wörterbuch Soziale Arbeit* wird darauf hingedeutet, dass der Begriff *Stigma* heute weniger die Eigenschaften an sich bezeichnet, sondern vielmehr „die negativen Zuschreibungen, die in Reaktion auf dieses Merkmal von Dritten durchgesetzt werden“ (Olk 2013: 930).

ßen stark in diese Bedeutung ein, „denn alles – fast alles –, was in der neueren Soziologie und Psychiatrie über Stigmata geredet und geschrieben wird, geht, wenn es fundiert ist, auf ihn zurück – selbst dann, wenn er nicht als Quelle genannt wird.“ (Finzen 2013: 38)

Im Zusammenhang mit Stigmatisierung erscheinen häufig die beiden Begriffe *diskreditiert* und *diskreditierbar*. Für Goffman (1977: 12) sind die Diskreditierten diejenigen, die offensichtliche Stigmata besitzen (z.B. körperliche Behinderung) und deshalb wissen, dass die Umwelt über ihre Abweichung Bescheid weiß. Die Diskreditierbaren dagegen nehmen an, ihr Stigmata sei nicht sofort sichtbar und somit der Umwelt nicht bekannt.<sup>9</sup> Abschließend seien noch die vier Begriffe Stigma-Management, Stigma-Forschung, Entstigmatisierung und Selbststigmatisierung genannt. Der Begriff *Stigma-Management* wurde von Erving Goffmann geprägt. Er beschrieb damit die „Techniken der Informationskontrolle“, was bedeutet, dass StigmaträgerInnen Techniken entwickeln, ihre Stigma-Merkmale entweder geheim zu halten oder nur gezielt preiszugeben (Goffmann 1977: 160). Die *Stigma-Forschung* beschäftigt sich hauptsächlich mit den Ursachen und Prozessen, die zu einer Stigmatisierung führen können, mit den Erscheinungsformen der Stigmatisierung und den Möglichkeiten zur positiven Veränderung dieser Situation. Letzteres wird häufig auch als *Entstigmatisierung* bezeichnet. Schließlich beschreibt die *Selbststigmatisierung*<sup>10</sup> die „Internalisierung von stigmatisierenden Ideen“, also das Annehmen und Befürworten der bestehenden Stigmatisierung gegen die eigene Person (Amering und Schmolke 2012: 226, 237).

## 2.2 Stigmatisierungsansätze

Die grundlegende Arbeit zum Thema Stigmatisierung stammt zum größten Teil von Erving Goffman.<sup>11</sup> Deshalb soll sein Ansatz im Folgenden ausführlicher erläutert werden. Weitere populäre Theorien sind außerdem der Etikettierungsansatz von Thomas Scheff sowie der modifizierte Etikettierungsansatz nach Link und Phelan. Beide werden kurz erklärt, aus Zeitgründen jedoch nicht weiter vertieft.

---

<sup>9</sup> An dieser Stelle sei auf Finzens Auslegung bzgl. psychisch kranker Menschen verwiesen. Er ist der Ansicht, dass psychisch Kranke sowohl diskreditiert als auch diskreditierbar sind. „Ein innerer Kreis von Menschen, mehr oder weniger groß, weiß, dass sie krank sind. Andere sehen es ihnen an, zum Beispiel aufgrund von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen ihrer Medikamente. Die meisten aber wissen es nicht.“ (Finzen 2013: 46).

<sup>10</sup> Zur Entwicklung des Begriffs *Selbststigmatisierung* weist Finzen (2013: 60ff.) auf dessen Wurzeln in der Soziologie hin. Hier prägte Wolfgang Lipp den Begriff, der mit der Zeit einen Bedeutungswandel vollzog und in der Soziologie anders gedeutet wurde als in der Psychiatrie. So gebe es heute zahlreiche Definitionen des Begriffs *Selbststigmatisierung*.

<sup>11</sup> Hier sei auch auf Jürgen Hohmeier verwiesen, der zeitgleich zu Goffman bedeutende Auslegungen zum Thema Stigmatisierung herausgearbeitet hat. Seine Beschreibung von Stigmatisierung lautet: „Als „Stigmatisierung“ werden soziale Prozesse bezeichnet, die durch „Zuschreibungen“ bestimmter – meist negativ bewerteter – Eigenschaften („Stigmata“) bedingt sind oder in denen stigmatisierende, d.h. diskreditierende und bloßstellende „Etikettierungen“ eine wichtige Rolle spielen, und in der Regel zur sozialen Ausgliederung und Isolierung der stigmatisierten Personengruppen führen.“ (Hohmeier 1975: 5ff.). Hohmeier betrachtet Stigmatisierung als weltweit auftretendes Phänomen, das sich aufgrund von Normverstößen durchsetzt. So reguliere eine Stigma soziale Interaktionen und könne als Hilfsmittel angesehen werden.

## 2.2.1 Stigmatheorie nach Erving Goffman

Goffman legt mit seinem Werk *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* eine wichtige Grundlage für die Bedeutung von Stigmatisierung in der gegenwärtigen Soziologie und Psychiatrie. Sein Ansatz besagt, dass Stigmatisierung die Benachteiligung von Personen mit einem bestimmten Stigma meint. Dieses Erleben könne zu einer *beschädigten Identität*<sup>12</sup> führen. Er skizziert dabei einen Prozess, in dem die Person zwei Phasen durchläuft:

„Eine Phase dieses Sozialisationsprozesses ist die, in welcher die stigmatisierte Person den Standpunkt der Normalen kennenlernt und in sich aufnimmt und hierbei den Identitätsglauben der weiteren Gesellschaft und eine allgemeine Vorstellung davon erwirbt, wie es sein würde, ein bestimmtes Stigma zu besitzen. Eine andere Phase ist die, in welcher sie lernt, daß sie ein bestimmtes Stigma besitzt, und diesmal im Detail die Konsequenz davon, es zu besitzen.“ (Goffman 1977: 45).

Das heißt, Stigmatisierten ist in der Regel bewusst, welche Erwartungen in der Gesellschaft vorhanden sind und welche Eigenschaften als Fehler angesehen werden. Mit der Wahrnehmung der Unterschiede zwischen der eigenen Person und der *normalen* Person<sup>13</sup> geht, so Goffman (1977: 16), eine Spaltung zwischen Ich (wie es ist) und Ich-Ideal (wie es sein sollte) einher. Häufige Folge davon ist Scham, welche sich zu Selbsthass oder Selbsterniedrigung entwickeln kann.

Goffman (1977: 12f.) unterscheidet zwischen drei Stigma-Typen: „Abscheulichkeiten des Körpers“ (physische Deformationen), „individuelle Charakterfehler“ (Willensschwäche, unnatürliche Leidenschaften, Unehrenhaftigkeit) und „phylogenetische Stigmata“ (Rasse, Religion, Nation). Die in dieser Ausarbeitung behandelte Personengruppe der an Schizophrenie erkrankten Menschen zeichnet sich vorwiegend durch „individuelle Charakterfehler“ aus.

Auf die Frage, wie ein Mensch mit Stigmatisierung umgehe, benutzt Goffman (1977: 56) das Wort *Stigma-Management*. Die Diskreditierbaren müssen die Informationen über das Stigma kontrollieren und sich entscheiden: „eröffnen oder nicht eröffnen; sa-

---

<sup>12</sup> Goffman gebraucht den Begriff *beschädigte Identität* in dem Titel seines Standardwerks *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Er unterscheidet zwischen sozialer, persönlicher und Ich-Identität. Die soziale Identität zeigt sich in dem Denken und den Erwartungen der anderen an das Individuum und kann nur in Interaktion geschehen. Hier unterscheidet Goffman zusätzlich in *virtuelle soziale Identität* (Zuschreibungen von Eigenschaften, Erwartungen) und *aktuelle soziale Identität* (tatsächlich vorhandene Eigenschaften). Die persönliche Identität meint die Biografie des Menschen oder positive Kennzeichen (z.B. bestimmtes Beziehungsnetz). Die Ich-Identität beschreibt die subjektive Wahrnehmung der eigenen Situation (Goffman 1977: 9f., 73f., 132). Auch wenn Goffman diese Unterscheidung spezifisch ausführt und für sehr wichtig hält, beschränke ich mich in dieser Ausarbeitung auf den einfachen Begriff *Identität*, da dies für mein Vorhaben auszureichen scheint.

<sup>13</sup> Goffman (1977: 13f.) spricht häufig von den *Normalen* und definiert diese wie folgt: „[...] diejenigen, die von den jeweils in Frage stehenden Erwartungen nicht abweichen, werde ich die Normalen nennen.“ Diese Bezugsgruppe der *Normalen* gibt demnach die Normalitäts-Maßstäbe vor, von denen die stigmatisierte Person abweicht und deshalb nicht als *normal* betrachtet wird. Jürgens (2015: 244ff.) führt außerdem an: „Es ist üblich, dass ein Mensch Situationen, Geschehnisse oder Verhaltensweisen als *normal* oder *nicht normal* einstuft. Diese Einstufung gibt der jeweiligen Person eine Hilfe bei der Entscheidung, wie sie sich verhalten soll und eine Sicherheit, was sie von anderen erwarten kann. Diese Soziale Normen, also Erwartungen über Verhaltens- und Denkweisen, die von einer Gruppe geteilt werden, werden in der Regel eingehalten. Gibt es jedoch Abweichungen davon, so wird das Verhalten oder Denken dieser Person nicht mehr als *normal* bezeichnet.“

gen oder nicht sagen; rauslassen oder nicht rauslassen; lügen oder nicht lügen; und in jedem Fall, wem, wie, wann und wo.“ Sie können dabei auf Techniken wie Täuschen (ebd.: 94) oder Kuvrieren (ebd.: 128) zurückgreifen. Anders sieht das Stigma-Management bei den Diskreditierten aus. Sie müssen sich vor allem mit den Auswirkungen ihres Stigmas beschäftigen und mit Spannungen in Interaktionen auseinandersetzen. Goffmans Rat für einen Umgang mit Stigmatisierung fasst sich in folgender seiner Aussagen zusammen:

„Da das Gebrechen des Individuums nichts an sich ist, sollte es sich seiner oder anderer, die es haben, nicht schämen; noch sollte es sich durch den Versuch, es zu verstecken, kompromittieren. Durch harte Arbeit und beharrliches Selbsttraining sollte es andererseits gewöhnliche Standards so vollkommen wie möglich erfüllen (...). Und weil auch Normale ihre Sorgen haben, sollte das stigmatisierte Individuum weder Bitterkeit, Groll noch Selbstmitleid fühlen. Eine heitere, ergebene Art sollte kultiviert werden.“ (Goffman 1977: 144)<sup>14</sup>

Ihm geht es also darum, dass die Betroffenen versuchen, gesellschaftliche Normen zu erreichen, ein Nichterreichen aufgrund der Andersartigkeit jedoch nicht zu leugnen. Die Stigmatisierten sollen sich selbst mit ihrer Abweichung akzeptieren.

Goffmans Stigmatheorie sieht die Möglichkeit, eine Stigmatisierung durch Zunahme der Vertrautheit aufzuweichen oder sogar gänzlich aufzulösen. Er ist der Meinung, dass „dieses kategorisierende Herangehen [...] verschwindet, wenn die Personen vertrauter miteinander werden und Sympathie, Verstehen und eine realistische Einschätzung persönlicher Qualitäten schrittweise die Stereotypisierung ablöst.“ (Goffman 1977: 68)

### 2.2.2 Etikettierungsansatz nach Scheff

Thomas Scheff (1966: 25) gilt als Hauptvertreter des Etikettierungsansatzes (*Labeling-Approach*). Er sieht Stigmatisierung als Zuschreibungsprozess in der sozialen Interaktion und eng verbunden mit verwendeten Begriffen, wie z.B. *psychisch krank* oder *kriminell*. Abhängig von der Gesellschaft und ihrer Interpretation eines bestimmten Verhaltens entscheidet sich, ob etwas oder jemand toleriert oder abgelehnt wird. Außerdem verfestigt sich die Stigmatisierung bzw. Etikettierung in Scheffs Ansatz erst dann, wenn die Betroffenen die ihnen zugeschriebene Rolle auch selbst übernehmen. Das heißt, die Stigmatisierung hat dann Auswirkungen auf die Betroffenen, wenn diese das Etikett und die damit verbundenen Attribute annehmen (z.B. das Etikett „der Gestörte“ mit den Attributen „schwach, unberechenbar, arbeitsunfähig, gefährlich“).

---

<sup>14</sup> Interessant ist hierbei auch Goffmans (1977: 145) Annahme, dass „Normale [...] wirklich nichts Böses im Schilde [führen]; wenn sie es doch tun, dann nur, weil sie es nicht besser wissen.“ Er plädiert deshalb an die Stigmatisierten, verständnisvoll mit den Normalen umzugehen und auf Abweisung und Taktlosigkeit nett zu reagieren. Dadurch solle „mit Feingefühl [...] [gezeigt werden], daß das stigmatisierte Individuum trotz des Anscheins im Grunde ein vollkommen menschliches Wesen ist.“ Goffman führt sogar konkrete Handlungsweisen an, wie stigmatisierte Personen agieren können um Unsicherheiten zu vermeiden, Vorurteile abzubauen und eine zunehmende Vertrautheit zu unterstützen: das offene Ansprechen des Stigmas, der selbstverständliche Umgang mit dem Stigma, das Zeigen von Leichtigkeit und Humor in Bezug auf das Stigma sowie das Annehmen von Hilfe (ebd.: 145ff.).

## 2.2.3 Modifizierter Etikettierungsansatz nach Link u.a.

Scheffs Ansatz steht der modifizierte Etikettierungsansatz (*modified labeling theory*) von Link u.a. (1989: 400ff.) kritisch gegenüber. Zwar könne die Gesellschaft den Stigmatisierungsprozess beeinflussen, jedoch sei Stigmatisierung nicht einzig als Resultat der Gesellschaft zu verstehen. Link fokussiert sich hauptsächlich auf die Sicht der Betroffenen. Deren Selbstsicht und Erwartungshaltung bestimmen ihren Umgang mit Stigmata, den Link u.a. (ebd.: 400ff.) in drei Reaktionsmöglichkeiten einteilen: Geheimhaltung, Kontakt zu Gleichgesinnten, Offenheit. Zudem sehen sie eine kulturelle, örtliche und zeitliche Unterschiedlichkeit in Bezug auf das Entstehen von negativen Bewertungen.

## 2.3 Ursachen und Funktionen von Stigmatisierung

Um mit dem Thema Stigmatisierung umgehen zu können, ist es wichtig, zu verstehen, warum und wie ein Stigma entsteht. Hohmeier (1975: 9f.) erwähnt zwei Hauptvoraussetzungen für die Entstehung eines Stigmas: die generalisierende Funktion des Stigmas sowie eine Normabweichung. Außerdem sei Macht aufseiten der Stigmatisierenden ein wesentlicher, unterstützender Faktor.

Im *Wörterbuch Soziale Arbeit* verweist Olk (2013: 931) auf die positiven Funktionen von Stigmatisierung. Zum einen stabilisiere sie Interaktionen. So können beispielsweise Erwartungen an eine Interaktion vorstrukturiert werden oder die eigene Identität kann als *normal* bestätigt werden. Zum anderen könne sich Stigmatisierung positiv auf die Gesellschaft auswirken. Aggressionen können gebündelt werden und bestehende Normen oder Regeln durch das Verweisen auf abweichendes Verhalten aufrecht erhalten werden. Auch Finzen (2013: 41f.) ist der Überzeugung, dass Stigmatisierung gesellschaftlich notwendig ist:

„Wir müssen uns fragen, ob die Kennzeichnung und Ausgrenzung >>Andersartiger<< nicht eine der Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der aktuellen sozialen Identität der >>Normalen<< ist.“

Er begründet seine Ansicht mit einem Verweis auf den amerikanischen Ethnomethodologen Garfinkel. Gemäß Garfinkel wird die eigene Identität hauptsächlich dadurch gefördert und aufrechterhalten, dass der Mensch sich mit Gleichartigen identifiziert und gleichzeitig von Andersartigen abgrenzt, wobei die eigene Identität als die überlegene gesehen wird (ebd.: 42).<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Hohmeier (1975: 5f.) unterscheidet in Bezug auf die Funktionen von Stigmata die Mikro- und die Makroebene. Auf der Mikroebene (Individuumsebene) haben Stigmata eine Art Orientierungsfunktion im sozialen Miteinander. Sie nehmen Unsicherheiten und strukturieren Situationen, da bestimmte Erwartungen vorgegeben und allgemein anerkannt sind. Diese Funktion kann in gewisser Weise auch auf die Makroebene (Gesellschaftsebene) übertragen werden. Stigmata können die Interaktion verschiedener Gruppen regulieren. Sie geben Ansatzpunkte dafür, wie Status, Entlohnungen oder Berufschancen verteilt werden. Außerdem ergeben sich Vorteile, wenn man sich zur Gruppe der *Normalen* zählt und sich den dazugehörigen Regeln und Verhaltensweisen einfügt.

## 2.4 Der Stigmatisierungsprozess

Der Stigmatisierungsprozess kann je nach Stigma-Typ sehr unterschiedlich ablaufen. Was jedoch bei allen Betroffenen aufkommt, ist die Kenntnissnahme, dass sie *anders* sind als die *Normalen*.<sup>16</sup> Das Erleben von und der Umgang mit Stigmatisierung prägt die Persönlichkeitsentwicklung und kann zu einer beschädigten Identität führen (Goffman 1977: 45ff.).<sup>17</sup>

„Ohne Vorurteile, Diskriminierung und Schuldzuweisungen gibt es keine Stigmatisierung.“ Dieser Überzeugung ist Finzen (2013: 26ff.), der außerdem kritisiert, dass psychiatrisch Tätige sich zu stark auf das Stigma fokussieren und die Vorstufen außer Acht gelassen werden. Finzen benennt positive, wertneutrale und negative Vorurteile, wobei letztere in Bezug auf Stigmatisierung ausschlaggebend sind. Negative bzw. abwertende Vorurteile entstehen meist willkürlich und werden selten hinterfragt. Häufig handelt es sich um einfache Stereotype. Diskriminierung<sup>18</sup>, so Finzen, entstehe schließlich, wenn bestehende abwertende Vorurteile in Handlungen umgesetzt werden. Es kommt zu ungerechtfertigten Benachteiligungen, zur Isolierung und zur Beschneidung von eigentlich selbstverständlichen Rechten, die jedem Menschen zustehen.

In Anlehnung an Link und Phelan kann der Stigmatisierungsprozess wie folgt dargestellt werden (Amering und Schmolke 2012: 227):

1. Wahrnehmung einer Normabweichung
2. Vergabe eines Labels
3. Feststellung eines Zusammenhangs mit negativen Stereotypen
4. Abgrenzung gegenüber dem Träger des Stigmas, soziale Distanz
5. Diskriminierung

Diese Entwicklung hängt natürlich von weiteren Faktoren ab. So spielt es eine Rolle, ob eine Person ein angeborenes Stigma besitzt (z.B. Blindheit, Lähmung, geistige Behinderung), in eine Gruppe von Stigmatisierten hineingeboren wird (z.B. Juden, Dunkelhäutige, Mormonen) oder das Stigma im Laufe des Lebens erst erwirbt (z.B. körperliche Entstellungen, Krankheiten). In Bezug auf die in dieser Arbeit behandelte Personengruppe der psychisch Kranken sei eine Besonderheit erwähnt. Da sie die psychi-

---

<sup>16</sup> Lob-Hüdepohl und Lesch (2007: 301ff.) erwähnen sechs unterschiedliche Wahrnehmungsgewohnheiten psychischer Erkrankungen, die unterschiedliche Auswirkungen auf die Sicht der jeweiligen Person haben können. Der *dämonisierende Blick* sieht die Wirkung einer fremden Macht im Leben der Betroffenen, was einen sozialen Ausschluss zur Folge hat. Der *medizinisierende Blick* reduziert die Betroffenen auf körperliche Fehlfunktionen. Der *genetisierende Blick* rückt das erblich bedingte Risiko in den Mittelpunkt und neigt zu pränataler Diagnostik und Therapie. Der *pathologisierende Blick* erkennt in jeder Störung eines Lebenslaufs eine Minderwertigkeit und Abweichung von der Idealform. Der *rehabilitierende Blick* setzt seinen Schwerpunkt auf eine „Wieder-Bewürdigung“ und betont die Würde und Rechte aller Menschen, unabhängig ihrer Leistungsfähigkeit oder ihres Krankheitsstatus. Der *achtsam-differenzierende Blick* sieht die Gleichwertigkeit (nicht Gleichartigkeit) eines jeden Menschen und will jeden respektieren, achten und fördern.

<sup>17</sup> Den Weg dorthin beschreibt Goffman mit dem Begriff *moral carrier*. Den Begriff der Karriere benutzte er erstmals in seinem Werk *Asyle* (1972), in welchem er auf die Entwicklung der Langzeit-AnstaltspatientInnen eingeht. Im Deutschen wird der Begriff *moral carrier* meist mit *moralischer Werdegang* übersetzt (Goffman 1977: 45).

<sup>18</sup> Ursprünglich bedeutete diskriminieren „trennen, absondern, herabwürdigen“. Heute wird es überwiegend mit „herabsetzen, herabwürdigen“ gleichgesetzt (Finzen 2013: 30).

sche Erkrankung gewöhnlich erst im Laufe ihres Lebens erworben haben, kennen sie die Vorurteile und Stereotype, die die *Normalen* gegenüber psychisch Kranken haben. Werden sie selbst nun psychisch krank, entwickeln sie automatisch eine Missbilligung gegen sich selbst (Finzen 2013: 44f.).

Nachdem nun die Ansätze, Ursachen, Funktionen und Prozesse der Stigmatisierung thematisiert wurden, soll in einem letzten Schritt verschiedene Erscheinungsformen von Stigmatisierung beschrieben werden. Eine Vertiefung und spezifische Anwendung auf die Personengruppe der an Schizophrenie-Erkrankten erfolgt zu späterem Zeitpunkt in Kapitel fünf.

## **2.5 Erscheinungsformen von Stigmatisierung**

Es gibt zahlreiche Studien, die sich damit beschäftigen, welches Bild die Gesellschaft von psychisch kranken Menschen hat. Die Sicht der Betroffenen, also der psychisch kranken Menschen selbst, wird seltener untersucht. Schulze und Angermeyer (2003: 303) befassten sich unter anderem mit den Dimensionen der Stigmatisierung aus Sicht psychisch erkrankter Menschen. Ein Ergebnis ihrer Studien sagt aus, dass Betroffene den Zugang zu sozialen Rollen sowie interpersonelle Interaktionen als am meisten belastend empfinden. Dem folgt das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit und schließlich strukturelle Diskriminierung.

Auch Finzen (2013: 30f.) zählt einige Erscheinungsformen der Stigmatisierung auf, die sich durch Vorurteile und Diskriminierung entwickeln können. So verlieren Betroffene häufig ihre Arbeit, dürfen bestimmte Berufe nicht ausüben, verlieren soziale Kontakte, gelten als unberechenbar und gefährlich, bekommen die Fähigkeit abgesprochen selbst für sich zu sorgen, werden von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen und erleben verbale oder körperliche Gewalt. Häufig werden Erscheinungsformen von Stigmatisierung in drei typische Gruppen aufgeteilt: öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und strukturelle Diskriminierung.

Amering und Schmolke (2012: 232) definieren die *öffentliche Stigmatisierung* über die soziale Distanz. Mit der Frage, wie weit die Gesellschaft bereit ist einen Schizophreniekranken als MieterIn, NachbarIn, ArbeitskollegIn oder BabysitterIn anzunehmen, wird diese soziale Distanz sichtbar. Bei diversen Untersuchungen kristallisierte sich eine typische Haltung heraus, die Amering und Schmolke als „nimby“ bezeichnen – „not in my backyard“. Diese Haltung drückt eine Akzeptanz gegenüber Integration psychisch Kranker und Betreutem Wohnen in der Gemeinde aus, die jedoch nicht in der unmittelbaren Nachbarschaft stattfinden soll.

Wenn man sich mit der Thematik der *Selbststigmatisierung* beschäftigt, stellt man fest, dass es zahlreiche Definitionen und Betrachtungsweisen gibt. Diese Arbeit stützt sich auf die Herangehensweise von Rüsch und Berger (2012: 952). Diese stellen fest:

„Selbststigmatisierung entsteht, wenn Mitglieder einer stigmatisierten Gruppe die Stereotypen über sich selbst kennen, ihnen zustimmen und sie gegen sich wenden, sodass Selbstvorurteile und Selbstdiskriminierung entstehen.“

Der Entstehungsprozess von Selbststigmatisierung besteht demnach aus Wahrnehmung, Übereinstimmung und Übertragung der Vorurteile auf sich selbst.

Wenn es um Selbststigmatisierung geht, fällt in der Fachliteratur häufig der Begriff *internalisiertes Stigma*. Dieses internalisierte Stigma<sup>19</sup> – also das Annehmen bestehender Vorurteile und Stereotype – steht für die psychologischen Auswirkungen erlebter Stigmatisierung. Durch ein Internalisieren von stigmatisierenden Ideen, so Amering und Schmolke (2012: 237), komme es zu sozialem Rückzug, Selbstabwertung, Scham und in Folge dessen zu einer Beeinträchtigung des Genesungsprozesses.

Amering und Schmolke (2012: 236) verweisen auf Forschungen, die belegen, dass ein Großteil der Menschen, welche an Schizophrenie erkrankt sind, mit negativen Reaktionen ihres Umfelds rechnen. 75% rechnen mit einer krankheitsbedingten Ablehnung einer Bewerbung und etwas mehr als 60% mit der Vermeidung des sozialen Kontakts mit ihnen.

Eine dritte Form der Stigmatisierung stellt die *strukturelle Diskriminierung* dar. Hierbei werden die Rechte Betroffener durch bestimmte Regelungen oder Praktiken in öffentlichen oder privaten Einrichtungen – beabsichtigt oder nicht beabsichtigt – eingeschränkt. So erleben Schizophrenieerkrankte häufig Stigmatisierung vonseiten professionell Tätiger in der Psychiatrie. Diese Art der Stigmatisierung wird fachlich als *iatrogenes Stigma* bezeichnet. Ein Beispiel dieser Stigmatisierung wäre, dass psychisch kranke Menschen von ÄrztInnen weniger ernst genommen werden als körperlich kranke Menschen. Diese Ungleichstellung zwischen psychisch und somatisch Erkrankten zeigt sich auch in der Sozialgesetzgebung oder Leistungen und Ansprüchen von Sozialhilfe- und Rentenversicherungsträgern oder Krankenkassen (Amering und Schmolke 2012: 232ff.).

Nachdem nun die theoretischen Grundlagen zum Thema Stigmatisierung gelegt und sowohl Begrifflichkeiten als auch Ursachen, Prozesse und Erscheinungsformen der Stigmatisierung erläutert sind, soll im folgenden Kapitel die psychische Erkrankung Schizophrenie beschrieben werden.

---

<sup>19</sup> Ritsher u.a. entwickelten zur Messung des internalisierten Stigmas den Fragebogen ISMI (Internalized Stigma Mental Illness Inventory). Amering und Schmolke (2012: 238) übersetzen einige Sätze des Fragebogens: „Ich fühle mich fehl am Platz in der Welt, weil ich eine psychische Erkrankung habe. Psychisch kranke Menschen neigen dazu, gewalttätig zu sein. Menschen diskriminieren mich, weil ich eine psychische Erkrankung habe. Ich vermeide es, Menschen ohne psychische Erkrankungen nahezukommen, um nicht zurückgewiesen zu werden. [...] Ich bin von mir selbst enttäuscht, weil ich eine psychische Erkrankung habe. [...] Ich meide gesellige Anlässe, um meine Familie oder meine Freunde vor Peinlichkeiten zu bewahren.“



### 3 Die psychische Erkrankung Schizophrenie

Mit dem Begriff *Schizophrenie* gehen häufig Assoziationen wie gespaltene Persönlichkeit, Halluzination, Wahnvorstellung, Leben in verschiedenen Welten oder unberechenbar, unkontrollierbar, gefährlich und verrückt einher. Doch inwiefern treffen diese Assoziationen zu? Was hat es mit der Krankheit Schizophrenie auf sich? Wie entsteht sie, wen trifft sie und wie verläuft sie? Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit diesen Fragen und hat zum Ziel einen Einblick in die psychische Krankheit Schizophrenie zu geben.<sup>20</sup> Nachdem zu Beginn der Begriff *psychische Störung* betrachtet wird, folgt eine Beschreibung des Krankheitsbildes. Beginnend mit der Diagnostik und Symptomatik folgt ein Blick in die Verbreitung und das Vorkommen der Erkrankung in der Bevölkerung, sowie eine Betrachtung der möglichen Ursachen. In einem weiteren Schritt werden der Verlauf der Erkrankung und die möglichen Langzeitentwicklungen untersucht, um abschließend diverse Behandlungsmöglichkeiten vorzustellen.

#### 3.1 Diagnostik und Symptomatik

Die Schizophrenie gilt als heterogene Krankheit<sup>21</sup>, die weder ein einheitliches Erscheinungsbild noch einen eindeutig definierten Krankheitsverlauf vorweist. Bleuler führte den Begriff *Schizophrenie* im Jahre 1911 ein. Er definierte Schizophrenie als die „Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens“ sowie als Störung „des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit (Bleuler 1969: 369). Die ICD-10 beschreibt Schizophrenie als „schwerwiegende Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie unangemessene oder kaum vorhandene Gefühlsregungen“ (DIMDI 2015). Dabei wird die Krankheit in die Kategorie der psychischen Störungen eingereiht. Jürgens (2015: 167ff.) ist der Überzeugung, dass die Vorstellung, was eine Störung ist, von den dahinter stehenden Denktraditionen beeinflusst wird. So werden in der medizinischen Denktradition problematische Erlebens- oder Verhaltensweisen als Symptome bezeichnet,

---

<sup>20</sup> Dieses Kapitel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Viele Bereiche werden lediglich in einem groben Einblick abgehandelt, manche Bereiche werden ausgelassen (wie beispielsweise die geschichtliche Entwicklung der Erkrankung). So ist das Ziel nicht die detaillierte Erfassung aller Facetten der Schizophrenie, sondern ein Einblick in die grundlegenden Charakteristiken dieser Erkrankung und somit ihrer Folgen und Auswirkungen. Da es sich bei der Schizophrenie um eine sehr komplexe und heterogene Erkrankung handelt, haben sich in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Studien und Forschungsarbeiten mit der Ergründung von Erscheinungsformen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten beschäftigt. Einige dieser Forschungen werden im vorliegenden Kapitel aufgegriffen. Zur weiteren Vertiefung aktueller Forschungsansätze wird das Buch *Schizophrenie - Zukunftsperspektiven in Klinik und Forschung* von Möller und Müller (2010) empfohlen.

<sup>21</sup> Es gibt zahlreiche unterschiedliche Verständnisse von Gesundheit und Krankheit und deshalb auch keine einheitlichen Definitionen. Diese Arbeit stützt sich auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Antonovsky. Wohingegen bei der Pathogenese die Krankheit im Mittelpunkt steht, rückt Antonovsky mit der Salutogenese die Entstehung von Gesundheit in den Fokus. Es geht ihm dabei jedoch nicht um ein Entweder-Oder. Vielmehr besitzt der Mensch sowohl gesunde als auch kranke Anteile und befindet sich auf einem *Kontinuum* dieser beiden Anteile (Antonovsky 1979: 65). Darauf aufbauend schließt sich für mich die Beschreibung von Hurrelmann und Franzkowiak (2011: 103) an. Sie berücksichtigen die psychischen, physischen und sozialen Aspekte und betrachten Gesundheit als „Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren [...] als auch äußeren [...] Anforderungen gelingt.“

die wiederum zu Syndromen zusammengefasst werden. Die Ursache dieser Syndrome ist schließlich die Krankheit. Dem medizinischen Modell steht das sozialwissenschaftliche Modell gegenüber. Es geht davon aus, dass die Erlebens- und Verhaltensweisen einer Person auf ihre Problembewältigungsstrategien zurückzuführen sind. Ungünstige oder unangemessene Strategien erzeugen Beschwerden und werden meist als belastend empfunden. In diesem Fall, so Jürgens (2015: 168f.), werden psychische Störungen als Bewältigungsversuche von Problemen betrachtet. Eine dritte Denktradition beschäftigt sich mit einem integrativen Modell. Dieses versuche die beiden vorherigen Ansichten zu verbinden: biologische, psychologische und soziale Faktoren können gemeinsam mit einer eintretenden akuten oder fortdauernden Belastung Auslöser für Prozesse sein, die letztlich zu einer psychischen Störung führen (ebd.: 169f.). Die vorliegende Ausarbeitung folgt diesem Verständnis einer psychischen Störung.

Die Schizophrenie gehört zu den *endogenen Psychosen*. Endogen bedeutet, dass die Störung von innen, ohne feststellbare körperliche Erkrankung entsteht. Psychosen beschreiben

„schwere psychische Erkrankungen [...], bei denen die Betroffenen eine gestörte Beziehung zu ihrer Umwelt haben und an mehreren Symptomen wie Angstzuständen, [...] Ich-Störungen [...] bis hin zu Halluzinationen und Wahnvorstellungen leiden“ (Benecke 2014: 408).

### 3.1.1 Diagnostische Leitlinien und Diagnosestellung

Um eine psychische Störung als solche definieren zu können, bedarf es einer ausführlichen ärztlichen Diagnose. Die zwei hierfür etablierten Klassifikationssysteme heißen ICD-10<sup>22</sup> und DSM-5<sup>23</sup>. Die Schizophrenen Psychosen<sup>24</sup> erscheinen in der ICD-10 unter der Bezeichnung *Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen* und dem Code F2. Im DSM-5 lautet die Bezeichnung *Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen* und es wird der Zahlencode 295 vergeben (Maß 2010: 14, 21).

Da es unterschiedliche Erscheinungsformen der Erkrankung gibt, wird im Allgemeinen von *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis* gesprochen. Dazu gehören gemäß ICD-10 paranoide Schizophrenien (F20.0), hebephrene Schizophrenien (F20.1), katatone Schizophrenien (F20.2), undifferenzierte Schizophrenien (F20.3), postschizo-

---

<sup>22</sup> Die ICD-10 (International classification of diseases) wird von der WHO herausgegeben und liegt in der 10. überarbeiteten Version vor. Die deutsche Version lautet ICD-10 GM (german version). In diesem Katalog werden alle Krankheiten klassifiziert und somit stellt er die Grundlage für alle ÄrztInnen, PsychologInnen, Krankenkassen und Rentenversicherungen dar. Die Codes der ICD-10 für psychische und Verhaltensstörungen beginnen mit einem F, worauf zwei Zahlen folgen, die die jeweilige Störung kategorisieren.

<sup>23</sup> Das DSM (Diagnostic and statistical manual of mental diseases) wurde 1952 von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) entwickelt und diagnostiziert im Vergleich zur ICD-10 ausschließlich psychische Störungen. Die aktuelle Version lautet DSM-5 und ist seit 2014 auch in deutscher Übersetzung erhältlich. Im DSM werden die einzelnen Diagnosen mit Zahlencodes versehen.

<sup>24</sup> Der Schizophreniebegriff hat eine geschichtliche Entwicklung durchlebt, die von Ludwig Kahlbaum und Emil Kraepelin, über Otto Diem, Eugen Bleuler und Karl Jaspers bis hin zu Karl Leonhard und Klaus Conrad reicht. Weder ICD-10 noch DSM-5 beschäftigen sich mit dem Begriff an sich. *Schizophrenie* stellt dort die Hauptkategorie dar für ein weitaus größeres Schizophreniespektrum (Jäger 2015: 56).

phrene Depressionen (F20.4), das schizophrene Residuum (F20.5), Schizophrenie simplex (F20.6) und sonstige Schizophrenien (F20.8) (DIMDI 2015).

Im Klinischen Wörterbuch Pschyrembel heißt es in Bezug auf die Diagnose: „[Sie] kann nur aus der Verlaufsbeobachtung und bei Persistieren der entsprechenden Symptome über mindestens 1 Monat gestellt werden.“ (Pschyrembel 2016). Laut Jürgens (2015: 175) gibt es zwei Wege um eine Diagnose nach den Richtlinien der Klassifikationssysteme zu stellen: das klinische Interview und Fragebögen. Dabei soll entschieden werden, welche Symptome an- bzw. abwesend sind und wie die einzelnen Symptome zu bewerten sind. Lincoln (2014: 51) empfiehlt das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID)* und das *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*.

Maß (2010: 30) unterscheidet bei der Diagnosestellung zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren. Ein Fremdbeurteilungsverfahren, das international sehr häufig verwendet wird, heißt *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*<sup>25</sup> und wurde von Overall und Gorham entwickelt. Gaebel und Wölwer (2010: 10) erwähnen zudem das Zusammenspiel von Eigen- und Fremdanamnese sowie psychopathologischer Exploration. So werden die erfassten Symptome zu Syndromen zusammengefasst. Gemeinsam mit weiteren Kriterien und gewissen Regeln wird entschieden, ob das jeweilige Verhalten zur Diagnose führt. Die Diagnose Schizophrenie wird erst dann gestellt, wenn körperliche Ursachen ausgeschlossen werden können. Aus diesem Grund wenden viele ÄrztInnen zusätzlich medizinische Untersuchungen (z.B. EEG, MRT) an.

Auch wenn es keine eindeutigen für die Schizophrenie kennzeichnenden Symptome gibt, ist es trotzdem sinnvoll, auftretende Symptome in Gruppen zusammenzufassen. Daraus entstehen gemäß IDC-10 zwei Hauptgruppen mit jeweils vier Untergruppen. Um die Diagnose zu stellen müssen zwei Kriterien zutreffen (Dilling, Mombour und Schmidt 2014: 128ff.). Hinzu kommt der Ausschluss einer manisch oder depressiven Episode sowie einer organischen oder substanzinduzierten Gehirnerkrankung (Jäger 2015: 59).

Die diagnostischen Kriterien im DSM-5 bestehen aus fünf Leitsymptomen: Wahn, Halluzination, desorganisiertes Sprechen/Denken, grob desorganisiertes/katatones Verhalten und Negativsymptomen. Während in der ICD-10 schon das Auftreten eines Symptoms sowie die Dauer von vier Wochen genügt, um eine Schizophrenie zu diagnostizieren, sind im DSM-5 mindestens zwei Symptome sowie eine Dauer von sechs Monaten erforderlich (Jäger 2015: 57ff.). Folglich macht es einen Unterschied, welches Klassifikationssystem zur Diagnose herangezogen wird.<sup>26</sup> Die Diagnose Schizophrenie gemäß ICD-10 wird häufiger gestellt als Schizophrenien gemäß DSM-5.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Für weitere Instrumente zur Diagnosestellung sei auf Lincoln (2014: 51ff.) verwiesen.

<sup>26</sup> Siehe A.12.1, Tab.1: Diagnosestellung der Schizophrenie in der IDC-10 und im DSM-5.

<sup>27</sup> An dieser Stelle sei außerdem auf die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) hingewiesen. Sie wurde im Jahr 2001 als Nachfolgerin der ICIDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) verabschiedet und liegt seit 2005 in deutscher Fassung vor. Wie die ICD-10 gehört auch die ICF zu den Klassifikationen der WHO.

### 3.1.2 Symptomatik

Im Hinblick auf die Symptome der Schizophrenie existieren unterschiedliche Einteilungen.<sup>28</sup> Die Unterscheidung in Positiv- und Negativsymptome hat sich etabliert und gilt als charakteristisch für die Erkrankung Schizophrenie. Sie soll deshalb im Folgenden näher ausgeführt werden. Allgemein kann gesagt werden, dass es sich bei den Symptomen um Störungen in den Bereichen Denken, Wahrnehmen und Fühlen handelt.

Positivsymptome (auch Plussymptome genannt) sind Symptome, die zum durchschnittlichen Erleben und Wahrnehmen hinzukommen und für das Umfeld nicht nachvollziehbar sind. Sie stellen deutliche Anzeichen für eine bevorstehende akute Psychose dar. Zu den Positivsymptomen zählt Myers (2014: 684) das Vorhandensein von unangemessenen Verhaltensweisen wie Halluzinationen, wahnhaftes und desorganisiertes Sprechen sowie unangemessene Gefühlsäußerungen. Hammer und Plöchl (2015: 53f.) ergänzen die Liste: Konzentrationsprobleme, innere Unruhe, Getriebenheit, diffuse Ängste, Wahnerlebnisse, Trugwahrnehmungen, Stimmen hören, optische Halluzinationen, Ich-Störungen und Erlebnisse der Fremdbeeinflussung. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gaebel und Wölwer 2010: 8f.) werden einige Symptome weiter ausgeführt. So kann ein Wahnerlebnis in Form von Verfolgungs-, Beeinträchtigungs- oder Beziehungswahn auftreten. Die Ich-Störungen werden als Aufhebung der Grenze zwischen Umwelt und eigener Person wahrgenommen und äußern sich durch das Gefühl der Eingabe oder des Entzugs eigener Gedanken von außen. Halluzinationen treten meist in Form akustischer Reize, die objektiv nicht vorhanden sind, auf und äußern sich im sogenannten Stimmenhören.

Negativsymptome werden auch Minussymptome genannt. Sie beschreiben einen Mangel und ein Hinwegnehmen von etwas, das vorher vorhanden war. In den meisten Fällen treten die Negativsymptome gegen Ende bzw. nach einer akuten Psychose auf. Myers (2014: 684) ordnet den Negativsymptomen ein Fehlen angemessener Verhaltensweisen wie ausdruckslose Mimik und Gestik sowie tonloses Sprechen zu. Auch hier sei die Liste durch Hammer und Plöchl (2015: 56) ergänzt: verlangsamtes Gefühlsleben, Niedergeschlagenheit, Depression, innere Leere, Minderwertigkeitsgefühl, An-

---

Im Gegensatz zur ICD setzt sie ihren Fokus nicht auf die Krankheiten, sondern auf deren Folgen. Sie hat das bio-psycho-soziale Modell als Grundlage und untersucht vier Komponenten: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (DIMDI 2014). Da weder die UPs vorliegender Arbeit noch deren BetreuerInnen mit der ICF zu tun hatten oder haben, werde ich Bedeutung und Anwendung dieser Klassifikation nicht weiter ausführen – auch wenn das damit verbundene Thema der Rehabilitation durchaus eine wichtige Rolle im Leben der UPs spielen kann.

<sup>28</sup> Maß (2010: 12f.) gibt einen guten Überblick. So unterscheidet Eugen Bleuler zwischen Grundsymptomen (die bei allen Betroffenen auftreten) und akzessorischen Symptomen (die individuell hinzukommen können). Kurt Schneider teilt die Symptome in Erstrang- und Zweitrangsymptome ein. Symptome ersten Ranges sind für ihn ausreichend, um eine eindeutige Diagnose zu stellen, da sie ausschließlich bei der Schizophrenie auftreten (z.B. Stimmenhören, Wahnwahrnehmung). Beide Einteilungen gelten heute jedoch als veraltet. Eine weitere Einteilung stammt von Timothy J.Crow, der die Schizophrenie in Typ I und Typ II unterscheidet. Die Typ-I-Schizophrenie zeichnet sich durch sogenannte positive Symptome aus, verläuft akut und reagiert positiv auf Neuroleptika. Im Gegensatz dazu verläuft die Typ-II-Schizophrenie meist chronisch und ist durch negative, irreversible Symptome gekennzeichnet. Betroffene sprechen eher schlecht auf die Gabe von Neuroleptika an.

triebslosigkeit, Mutlosigkeit, Kontaktverarmung und Rückzugsverhalten. Diese Funktionsminderungen, die laut Gaebel und Wölwer (2010: 9) häufiger bei Männern auftreten, können als Restsymptomatik auch nach der Psychose vorhanden bleiben und sich in Psychomotorik, Sozialverhalten und Antrieb weiter bemerkbar machen.

### 3.2 Epidemiologie

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit der Häufigkeit und dem Vorkommen der Schizophrenie sowie einigen Risikofaktoren, die die Entstehung begünstigen.

Die weltweite Lebenszeitprävalenz<sup>29</sup> für eine Erkrankung an Schizophrenie wird im Durchschnitt mit 1% angegeben. Die Jahresinzidenz<sup>30</sup> beträgt weltweit 0,01-0,02% - das sind zehn bis 20 Personen auf 100.000 Personen - und ist unabhängig vom sozio-ökonomischen Status. Im Blick auf Deutschland beträgt die Jahresinzidenz etwa 0,019% - somit erkranken jährlich rund 15.600 Menschen an Schizophrenie (Gaebel und Wölwer 2010: 16). In Deutschland nahmen Schizophrenien im Jahr 2013 0,64% der DALY's<sup>31</sup> und 1,25 % der YLD's ein. Auf 100.000 Lebensjahre kommen also 189 Lebensjahre, die mit der Krankheit Schizophrenie gelebt werden. Todesfälle aufgrund von Schizophrenien nehmen mit 0,019% einen eher geringen Anteil ein (IHME 2015).

Männer und Frauen erkranken etwa gleich häufig an Schizophrenie. Im Blick auf das Erkrankungsalter und -verlauf gibt es jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede. So erkranken Männer meist in einem Alter zwischen 20 und 24, Frauen etwas später mit 25 bis 30 Jahren. Dabei können kaum kulturelle Unterschiede wahrgenommen werden. Das Erkrankungsalter liegt vorwiegend zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr. Die meisten Ersterkrankungen werden um das 20. Lebensjahr diagnostiziert (Dörner u.a. 2015: 168). Bei den Erkrankten unter 40 Jahren ist der Anteil der Männer doppelt so hoch wie bei den Frauen – umgekehrt ist der Anteil der Frauen bei den über 40-Jährigen doppelt so hoch wie bei den Männern (Hammer und Plöchl 2015: 59).<sup>32</sup>

### 3.3 Ätiologie

Obwohl über die Entstehung der Schizophrenie viel geforscht wurde, können bis heute keine verbindlichen Aussagen gemacht werden. Lincoln (2014: 31) bezeichnet die

---

<sup>29</sup> Die Lebenszeitprävalenz gibt das Risiko dafür an, dass ein Mensch mindestens einmal in seinem Leben an Schizophrenie erkrankt. Je nach Klassifikationssystem schwanken die Werte zwischen 0,7% und 1,4%. Sie beziehen sich auf die Personengruppe zwischen 15 und 60 Jahren.

<sup>30</sup> Die Jahresinzidenz gibt die Neuerkrankung pro Jahr an.

<sup>31</sup> DALY steht für *disability-adjusted life years* und ergibt sich aus der Addition der Lebensjahre, die durch vorzeitigen Tod verloren gehen (YLL – Years of Life lost) und der Lebensjahre, die mit einer Krankheit oder Behinderung gelebt werden (YLD – Years lived with Disease/Disability).

<sup>32</sup> An dieser Stelle seien noch zwei Auffälligkeiten erwähnt. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes belegt, dass die Erkrankungsrate bei MigrantInnen um das 3- bis 5-fache höher ist als bei Einheimischen. Ähnliches gilt für Personen, die in großstädtischen Gebieten leben: ihre Ersterkrankungsrate beträgt das 2- bis 3-fache im Vergleich zu ländlichen Gebieten. Die Gründe dafür sind nach dem derzeitigen Forschungsstand „Folge von höheren Belastungen im städtischen gegenüber ländlichem Milieu sowie für Migrantinnen und Migranten gegenüber Einheimischen [...]“ (Gaebel und Wölwer 2010: 18).

Schizophrenie in diesem Zusammenhang als „multifaktoriell bedingte psychische Störung“. Forschungen zu psychosomatischen, biochemischen, psychischen und soziologischen Zusammenhängen haben letztlich zur Bildung zahlreicher Hypothesen beigetragen.<sup>33</sup> Im Folgenden werden mögliche Ursachen für eine Erkrankung benannt.

### 3.3.1 Erblisch, körperlich und sozial bedingte Ursachen

Ein erhöhtes Risiko an Schizophrenie zu erkranken, wenn die Krankheit bereits in der Familie vorhanden ist, ist nachgewiesen. So erkranken 10% der Kinder, wenn ein Elternteil erkrankt ist. Sind beide Elternteile betroffen, liegt die Wahrscheinlichkeit mit 30% noch höher. Ist der Onkel oder die Tante betroffen, beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass Nefte oder Nichte erkranken 2%. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei eineiigen Zwillingen beide erkranken liegt bei 50% (Hammer und Plöchl 2015: 59). Zahlreiche Familien- und Zwillingsstudien belegen, dass es sich bei der Schizophrenie um eine Krankheit handelt, die in Familien Schizophrener vermehrt auftritt. Deutlich wurde in diesen Studien aber auch, dass nicht nur genetische, sondern auch externe Faktoren relevant sind. So kommt es vorwiegend dann zum Ausbruch der Krankheit, wenn belastende Umwelteinflüsse auftreten. Diese Erkenntnis, so Rey (2011: 816), wurde hauptsächlich aus Adoptivstudien<sup>34</sup> gezogen. Zusätzlich zu diesen Studien wurden in den letzten Jahrzehnten Forschungen zur Molekulargenetik durchgeführt. Die Ergebnisse beschreibt Rey (2011: 823) als „noch sehr dürftig“. Allerdings bestätigen sie die Vermutung der polygenen Vererbung einer Veranlagung zur Schizophrenie.<sup>35</sup>

Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass bestimmte Hormone und chemische Abläufe Einflüsse auf die Erkrankung nehmen. Dörner u.a. (2015: 169) erwähnen unter anderem die Hirnatrophie, die Dopamin-Hypothese<sup>36</sup> und die Östrogen-Störung. Auch Rey (2011: 823) belegt, dass es seit den 1970ern vermehrt Forschungen gibt, die sich mit dem Zentralnervensystem und den dortigen biochemischen Veränderungen beschäftigen. Vor allem die Bedeutung unterschiedlicher Neurotransmitter wie Dopamin, Glutamat, Noradrenalin und Serotonin stehen im Zentrum dieser Forschungen. Ergebnisse weisen darauf hin, dass Amphetamine akute Psychosen auslösen und bestimmte Neuroleptika Symptome lindern können.

---

<sup>33</sup> Viele ältere Erklärungsmodelle wie z.B. die Virushypothese, die familiendynamische Hypothese oder die Theorie der schizophrenogenen Mutter gelten heute als widerlegt (Schwarzer 2013: 165).

<sup>34</sup> Adoptivstudien zeichnen sich durch eine *Anlage-Umwelt-Abgrenzung* aus. ProbandInnen sind zum einen Personen, die in der selben Familie und Umwelt leben, aber nicht miteinander verwandt sind, und zum anderen Personen, die zwar genetisch verwandt sind, jedoch nicht in der selben Familie und Umwelt leben (Rey 2011: 816).

<sup>35</sup> Lange wurde nach dem Schizophrenie-Gen gesucht. Der heutige Forschungsstand ist jedoch zum Großteil davon überzeugt, dass es komplexe polygene Erbgänge sind, die die Vulnerabilität für eine Schizophrenie erhöhen. Mithilfe von Assoziations- und Kopplungsmethoden wurden sogenannte Risikogene ermittelt, die eine Erkrankung bedingen (Licoln 2014: 31f.).

<sup>36</sup> Die Dopamin-Hypothese besagt, dass Schizophrenie durch eine erhöhte Aktivität der dopaminreichen Nervenbahnen bedingt wird. Forschungen weisen auf eine „dopaminerge Überaktivität in limbischen Hirnregionen und möglicherweise dopaminerger Unteraktivität im Frontalhirn“ hin (Rey 2011: 823).

Durch Einflüsse, die während der Schwangerschaft auf das Gehirn eines Embryos einwirken oder Infekte und Traumata im Leben eines Kleinkindes, können sich Nervstoffwechsel und Gehirnschubstanz verändern. Diese Veränderung kann später im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zum Ausbruch einer Psychose führen (Hammer und Plöchl 2015: 60). Benecke (2014: 411) fasst treffend zusammen, dass zahlreiche Untersuchungen der Neurobiologie (z.B. Volumenmessungen des Gehirns, Molekulargenetik, Abweichungen bestimmter Hirnareale,...) in ihrer Heterogenität und teilweise Widersprüchlichkeit auf die Komplexität der Erkrankung hinweisen.

Aus der soziologischen Forschung ergeben sich einige Erkenntnisse zu möglichen Risikofaktoren. An dieser Stelle seien drei Beispiele in Anlehnung an Dörner u.a. (2015: 171) genannt:

1. Schizophrenien treten häufiger in unteren Sozialschichten auf. Das kann auf Belastungen durch Perspektivlosigkeit, materielle Armut, soziale Isolierung, etc. zurückgeführt werden.
2. Ledige Personen, vor allem Männer, sind besonders häufig betroffen. Dies kann Folge einer kontaktparmen Persönlichkeit und sozialer Isolation sein.
3. Schizophrenien treten gehäuft auf, wenn es zu einer plötzlichen familiären Entwurzelung kommt.

Die sogenannte *biographische Hypothese* geht davon aus, dass es aufgrund eines gestörten Abnabelungsprozesses von Jugendlichen und ihren Familien zum Ausbruch der Erkrankung kommen kann. Dies sei Folge einer Spannung zwischen Liebe, Hass und Trennungswunsch (ebd.: 169). Letztlich bleiben solche Hypothesen jedoch Interpretationen des jeweiligen Falls.

### 3.3.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell<sup>37</sup> ist international anerkannt. Es vereint organische und psychologische Hypothesen zur Entstehung der Schizophrenie und bezieht sich auf ein Zusammenwirken von Umwelt, sozialen Bindungen und dem eigenen Körper. Die Krankheit kann also nicht auf eine einzige Ursache zurückgeführt werden, sondern wird stets in einem „somatisch-psychisch-sozialen Zusammenhang“ gesehen (Dörner u.a. 2015: 170). Benecke (2014: 412) benennt zwei wesentliche Vulnerabilitätsfaktoren: Störungen in der Informationsverarbeitung und der Aufmerksamkeit. Aufgrund von Fehlfunktionen im autonomen Nervensystem könne dies bei komplexen Anforderungen zu Störungen führen, die durch zusätzlich belastende Umweltfaktoren zur Auslösung einer Schizophrenie führen können.

---

<sup>37</sup> Dieses Modell - auch Diathese-Stress-Modell genannt - wurde 1977 von Zubin und Spring entwickelt (Lincoln 2014: 36).

Letztlich kann gesagt werden, dass jeder Mensch an Schizophrenie erkranken kann. Eine Vielzahl von Faktoren bedingt den Krankheitsausbruch und es gibt Menschen, die in ihrer Veranlagung anfälliger sind als andere. Der nun folgende Abschnitt über den Krankheitsverlauf stützt sich auf die Annahme des Vulnerabilitäts-Stress-Modells.

### **3.4 Verlauf und Prognose**

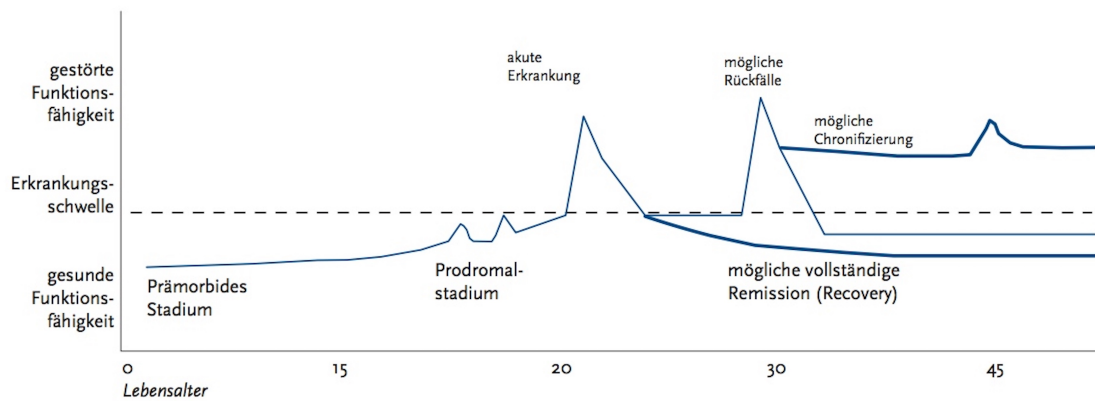
Der Verlauf der Schizophrenie ist heterogen. Es besteht sowohl die Möglichkeit einer einmaligen schizophrenen Episode als auch eines episodischen Verlaufs über mehrere Jahre hinweg. Symptome können einmalig auftreten oder die Betroffenen ein Leben lang begleiten. Amering und Schmolke (2012: 172) sprechen in diesem Zusammenhang von „Variabilität der Schizophrenie“ und weisen darauf hin, dass bestimmte Forschungen zum Langzeitverlauf der Schizophrenie „bis zu zehn unterschiedliche Verlaufsformen unterscheiden“.

#### **3.4.1 Verlaufsformen und Phasen**

Auch die ICD-10 erwähnt verschiedene Verlaufsformen der Schizophrenie, die individuell sehr stark variieren können. Sie unterscheidet folgende Verlaufsformen: kontinuierlich; episodisch, mit zunehmendem Residuum; episodisch, mit stabilem Residuum; episodisch remittierend; unvollständige Remission und vollständige Remission (Maß 2010: 27). In den allermeisten Fällen ist der Übergang in eine Psychose fließend. Hammer und Plöchl (2015: 49) haben eine Skala mit zehn Stufen entworfen, die von besonderer Aufmerksamkeit über Konzentrationsschwierigkeiten bis hin zur Psychose reicht. Typisch jedoch ist die Einteilung des Verlaufs einer Schizophrenie in drei Hauptphasen. Schwarzer (2013: 165ff.) führt diese drei Phasen in Anlehnung an das Dreiphasen-Verlaufsmodell von Ciompi (1982) aus:

1. Phase - Prämorbid Entwicklung: Ausgehend vom Vulnerabilitäts-Stress-Modell führen genetische, biologische und soziale Faktoren schon vor Krankheitsbeginn zu einer gewissen Vulnerabilität. Durch eine gestörte Reizverarbeitung und fehlende Filterfunktionen kann es zu einer psychischen Überlastung kommen.
2. Phase - Ausbruch der Psychose: Vorausgehende Stressfaktoren wie Life-Events (besondere Lebensereignisse, z.B. Heirat, Trennung, Umzug) können eine akute Psychose auslösen. Das Erleben von Wahn und Halluzinationen sind in dieser Phase aufgrund einer Dopamin-Überaktivität typisch.
3. Phase - Langzeitentwicklung: Die Langzeitentwicklung kann sehr unterschiedlich aussehen und ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Das Spektrum reicht von der völligen Heilung, über Rückfälle bis hin zur schweren Chronifizierung. Da die Vulnerabilität weiter besteht, ist vor allem wichtig, Bewältigungsmöglichkeiten für zukünftige Stressfaktoren zu entwickeln.





**Abb. 1:** Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung (Gaebel und Wölwer 2010: 11)

Diese Abbildung<sup>38</sup> stellt den Verlauf einer Schizophrenie optisch verständlich dar und setzt die verschiedenen Phasen in ein mögliches Verhältnis zum Lebensalter.<sup>39</sup>

### 3.4.2 Prognose

In Bezug auf die Genesung sind Amering und Schmolke (2012: 171) der Überzeugung, dass der Mythos der Unheilbarkeit bis heute andauere. Es sei „revolutionär [...] zu sagen: [...] genesen von Schizophrenie, Gesundheit trotz Schizophrenie, Heilung von Schizophrenie.“ Trotzdem bestehe die Chance auf eine Genesung. Langzeituntersuchungen haben ergeben, dass sich der Krankheitsverlauf umso positiver entwickelt, je ausgeglichener das soziale System und das Familiensystem sind. So belegt das *Expressed-Emotion-Konzept*, dass sich das emotionale Klima innerhalb der Familie positiv oder negativ auf die Krankheitsentwicklung auswirken kann und Angehörige somit entscheidenden Einfluss nehmen können (Dörner u.a. 2015: 170).

Myers (2014) verweist auf allgemein anerkannte Ergebnisse. So sei eine Genesung eher unwahrscheinlich, wenn sich die Erkrankung schleichend entwickelt hat, durch sozialen Rückzug gekennzeichnet war und sich chronifizierte. Entwickelte sich die Schizophrenie innerhalb kurzer Zeit, so sei die Wahrscheinlichkeit einer Genesung wesentlich höher. Zudem haben diese Betroffenen verstärkt positive Symptome und sprechen auf eine medikamentöse Behandlung an (ebd.: 684f.).

Letztlich könne man sagen, dass ein Drittel aller Erkrankten einen günstigen Krankheitsverlauf haben und wieder genesen. Ein Drittel erlebt einen ungünstigen Krankheitsverlauf und ist auf langfristige Unterstützung angewiesen. Das restliche Drittel lasse sich weder dem günstigen noch dem ungünstigen Verlauf zurechnen. Sie können jedoch trotz Einschränkungen eigenständig leben (Pschyrembel 2016). Außerdem ha-

<sup>38</sup> Das hier zusätzlich genannte *Prodromalstadium* bezeichnet eine Phase, in der sich erste Symptome bemerkbar machen, jedoch noch nicht in dem Ausmaß, dass eine Diagnose gestellt werden kann.

<sup>39</sup> In diesem Zusammenhang sei auf das sogenannte Trajektkonzept hingewiesen. Das Wort *Trajekt* leitet sich vom englischen *trajectory* ab, was wörtlich übersetzt *Flugbahn* bedeutet. Dieses Krankheitsverlaufskurvenkonzept von Strauss und Corbin (2010) beschreibt die Entstehung und den Verlauf von chronischen Krankheiten in verschiedenen Phasen sowie die damit verbundenen Besonderheiten für Betroffene und deren Umfeld.

ben 53-68% nach einigen Jahren keine Symptome mehr, müssen keine Medikamente mehr nehmen und sind in ihrem Alltag nicht mehr eingeschränkt. Mit Verweis auf die WHO-10-Länder-Studie belegen Amering und Schmolke (2012: 174f.) außerdem, dass sich im Verlauf von 25 Jahren bei 50% der Erkrankten eine deutliche Besserung ergeben hatte. Je nach Krankheitsphase, Verlauf und Schwere der Symptomatik gibt es verschiedene Behandlungsansätze, die nun beschrieben werden.

### 3.5 Behandlung

Schizophrenie gilt als eine Erkrankung, die zahlreiche therapeutische Kontakte benötigt, da eine langfristige Rückfallprophylaxe erforderlich ist. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziffert die Behandlungskontaktrate<sup>40</sup> mit 68% im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen als sehr hoch. Auffällig ist außerdem, dass 93% der PatientInnen eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen, welche meist durch psychosoziale Dienste begleitet wird (Gaebel und Wölwer 2010: 16f.).

Der Pschyrembel (2016) erwähnt als mögliche Therapieformen die stationäre Aufnahme (bei Suizidalität oder Wahn), Neuroleptika, Ergotherapie, Soziotherapie, Psychotherapie und das Einbeziehen der Angehörigen. Schwarzer (2013: 169) benennt folgende Behandlungsbausteine, die alleine oder in Kombination für eine Therapie geeignet sind: Medikamentöse Behandlung, Psychiatrische Pflege, Psychotherapie/Psychoedukation, Soziotherapie/Rehabilitation, weitere Therapien (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Sport), Selbsthilfegruppen und Angehörigenarbeit.

Aus Platzgründen sollen an dieser Stelle lediglich die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung betrachtet werden.<sup>41</sup>

#### 3.5.1 Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung, die hauptsächlich mit Neuroleptika (Antipsychotika) durchgeführt wird, findet Anwendung in der Akutbehandlung, Dauerbehandlung und der Rückfallprophylaxe. Schwarzer (2013: 169) bezeichnet diese Behandlung als „unverzichtbaren Baustein“ und listet viele Vorteile auf. Auch wenn Neuroleptika Schizophrenien nicht heilen können, reduzieren sie die Symptome und wirken beruhigend und antipsychotisch. Dadurch wurde eine außerklinische Behandlung im ambulanten Setting möglich. Neuroleptika regeln den Neurotransmitterstoffwechsel und können, je nach Krankheitsverlauf, auch wieder abgesetzt werden, da sie nicht abhängig machen.

---

<sup>40</sup> Die Behandlungskontaktrate gibt den Anteil der Behandlungsbedürftigen an, die im zurückliegenden Jahr Kontakt zu TherapeutInnen oder einer Behandlungseinrichtung hatten.

<sup>41</sup> Außerdem sei an dieser Stelle auf die S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie hingewiesen, die 2006 von der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) herausgegeben wurde. Ziel dieser Praxisleitlinie ist die Verbesserung der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen. So werden diverse Behandlungsverfahren beschrieben und bewertet mit der Intention, den „im medizinisch-psychiatrischen Umfeld Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu bieten [...]“ (DGPPN 2006: 185). Diese S3-Leitlinie wurde Anfang 2014 zur Überarbeitung als *Nationale Versorgungsleitlinie Schizophrenie* von der DGPPN neu angemeldet mit geplanter Fertigstellung 2017 (AWMF 2016).

Hammer und Plößl (2015: 64) belegen die Wirksamkeit von Antipsychotika mit einer Senkung des Rückfallrisikos um 20%. Dem gegenüber erkrankten 70-80% der PatientInnen, die die medikamentöse Behandlung verweigern, innerhalb eines Jahres erneut. Neuroleptika werden in *typisch* und *atypisch* eingeteilt. Bei den typischen (klassischen) Neuroleptika handelt es sich um ältere Antipsychotika, die hauptsächlich motorische Nebenwirkungen aufweisen. Die atypischen Antipsychotika, so Schwarzer (2013: 170ff.), wurden erst in den vergangenen Jahren entwickelt, enthalten weniger Nebenwirkungen und wirken, im Gegensatz zu den typischen Antipsychotika, zusätzlich aktivierend. Letztlich muss die Wahl der Neuroleptika individuell angepasst werden.

Gaebel und Wölwer (2010: 21) weisen auf die Grenzen der medikamentösen Behandlung hin. Diese bestehen aus einer mangelnden Wirksamkeit der Medikamente, auftretenden Nebenwirkungen und mangelnder Compliance (Mitwirkung) der PatientInnen. So sprechen die Medikamente nur bei 30% der PatientInnen an. In 50% aller Fälle bleibt der Therapieerfolg aufgrund von mangelnder Mitwirkung aus. Diese entsteht meist aus Angst vor Nebenwirkungen, wie Gewichtszunahme, sexuellen Funktionsstörungen oder motorischen Einschränkungen (Steifheit, abnorme Bewegungen).

Auch wenn ein lang andauernder Einsatz von Antipsychotika von zahlreichen ÄrztInnen kritisch betrachtet wird, stellt er letztlich eine Basis dar für eine erfolgreiche Psychotherapeutische Behandlung. Die Aussage von Schwarzer (2013: 172) stellt hier einen guten Grundsatz dar: „So wenig wie möglich, so viel wie nötig!“

### 3.5.2 Psychotherapeutische Behandlung

Auch wenn Psychotherapie die Krankheit nicht heilen kann, ist sie ein wichtiger Bestandteil in der Krankheitsbewältigung und der Rückfallprophylaxe. Im Zentrum der Psychotherapie steht deshalb vor allem das Erarbeiten von Copingstrategien.<sup>42</sup> Gaebel und Wölwer (2010: 23) erklären, dass mit Hilfe von psychologischen Methoden das Erleben und Verhalten verändert, soziale Kompetenzen gefördert und Fertigkeiten zur Problemlösung erarbeitet werden. Schwarzer (2013: 172f.) führt an, dass sich vor allem die Verhaltenstherapie – in Ergänzung mit anderen Methoden wie Körpertherapie, Musiktherapie, etc. – bewährt habe. Im Kern gehe es dabei

„primär um die Bearbeitung der *inneren* Realität [...], [der] Bewältigung aktueller Probleme und Konflikte [...], das Erkennen, Verstehen und Verändern [...] typischer Wiederholungen (Muster), die immer wieder zu Krisen oder psychotischen Rückfällen führen könnten.“<sup>43</sup> (ebd.: 172f.)

---

<sup>42</sup> Copingstrategien meint *Bewältigungsstrategien*. Es leitet sich vom englischen *to cope with* ab, was mit *bewältigen*, *überwinden* übersetzt werden kann. Im vorliegenden Kontext sind Strategien gemeint, die PatientInnen sich erarbeitet haben, um mit der chronischen Erkrankung so gut wie möglich umzugehen.

<sup>43</sup> In diesem Zusammenhang fällt häufig der Begriff *Psychoedukation*. Dahinter verbirgt sich eine PatientInnenschulung, bei der SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen den Betroffenen Informationen zur Erkrankung liefern und Bewältigungsstrategien eingeübt werden (Gaebel und Wölwer 2010: 24; Schwarzer 2013: 173).

Letztlich darf nicht unterschätzt werden, welche erhebliche psychosoziale Auswirkungen die Symptome der Schizophrenie haben können. Schwarzer (ebd.: 162) erwähnt, dass sich durch die Erkrankung nicht nur das Empfinden, Wahrnehmen und Denken ändern, sondern auch die sozialen Kompetenzen und Beziehungen, was wiederum zu einer Veränderung der aktuellen Lebenskontinuität führt. Zusätzlich zu den Herausforderungen der individuellen Lebensbewältigung entstehen Konflikte und soziale Probleme. Die Betroffenen nehmen häufig soziale Verpflichtungen (wie Aufsuchen der Arbeitsstelle, Zahlen der Miete oder Sauberhalten der Wohnung) nicht mehr wahr. Die emotionale Belastbarkeit wird geringer und Ängste führen zu sozialem Rückzug. Da viele Betroffene es nicht mehr schaffen, sich um ihre sozialen Kontakte und Aufgaben zu kümmern, fallen sie aus sozialen Netzwerken, die aus Familie, Freunde, Nachbarn oder KollegInnen bestehen. Außerdem können soziale Sicherungen, wie Beruf, Einkommen oder Wohnung verloren gehen. Aus diesem Grund, so schließt Schwarzer (2013: 162) seine Aufzählung, „benötigen Betroffene neben medizinischer Hilfe auch psychosoziale und sozialrechtliche Beratung und Unterstützung.“ In der Arbeit mit Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, ist deshalb Kooperation und Vernetzung zwischen verschiedenen Diensten und Einrichtungen notwendig, um sowohl medizinische als auch alltagsorientierte Hilfe leisten zu können.

### **3.6 Zusammenfassung**

Gespaltene Persönlichkeit, Halluzination, Wahnvorstellung, Leben in verschiedenen Welten, unberechenbar, unkontrollierbar, gefährlich, verrückt – all diese Assoziationen, die mit der Krankheit Schizophrenie verbunden werden, können zutreffen, müssen aber nicht. Letztlich weisen sie auf die Vielschichtigkeit und Komplexität einer Krankheit hin, die bis heute nicht zufriedenstellend erforscht ist. Unabhängig vom Geschlecht wird sie bei 1% der Bevölkerung diagnostiziert und bricht meist im jungen Erwachsenenalter aus. Sowohl ICD-10 als auch DSM-5 listen zahlreiche Symptome auf, wobei Störungen in den Bereichen Denken, Wahrnehmen und Fühlen am typischsten sind.

Es gab in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Studien und Forschungen, die sich mit den Ursachen der Schizophrenie befassten. Ergebnisse wiesen auf erblich, körperlich und sozial bedingte Ursachen hin und kamen meist zur Schlussfolgerung, dass es sich bei der Schizophrenie um eine multifaktoriell bedingte psychische Störung handelt. So individuell wie die Ursachen ist auch der Verlauf der Erkrankung: von einmaliger Psychose bis zu episodischen Verläufen, von vollständiger Genesung bis zu schwerer Chronifizierung. Aus diesem Grund muss sich die jeweilige Behandlungsform – ob medikamentöse Behandlung, Psychotherapie oder sonstige Therapieformen – an die PatientInnen anpassen.

Die Schizophrenie ist eine heterogene psychische Erkrankung – sowohl im Hinblick auf Ursachen als auch auf Verlauf und Behandlung. Genauso vielfältig sind die Einschränkungen und Beeinträchtigungen mit denen Betroffene klarkommen müssen. Nicht nur für die Medizin sondern auch für die Soziale Arbeit stellt dies diverse Herausforderungen dar. Um den Betroffenen Hilfestellung zu geben, bestehen zahlreiche Möglichkeiten. So gibt es mittlerweile innovative Versorgungsmodelle, wie beispielsweise die *Integrierte Versorgung*, bei der mehrere Fachdisziplinen stärker vernetzt werden, um die Behandlung der PatientInnen zu verbessern. Die Grundlagenforschung bemüht sich, weitere Ursachen zu erforschen, um Therapieansätze zu verfeinern und erfolgreicher zu machen. Auch die Untersuchung von Früherkennung soll dazu beitragen einen günstigeren Krankheitsverlauf zu unterstützen. Durch die Ausweitung des Behandlungssettings von nicht mehr nur stationären oder teilstationären Einrichtungen, sondern auch zahlreichen ambulanten oder komplementären Behandlungseinrichtungen, wird der Behandlungsbedarf besser abgedeckt. Jedoch erfordert dies eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Krankenversorgung. An dieser Schnittstelle kann die Sozialarbeit im Bereich der Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie ihren wertvollen Beitrag leisten.

Nachdem nun die theoretischen Grundlagen zum Thema Stigmatisierung und der Krankheit Schizophrenie gelegt sind, wird im folgenden Kapitel das FST vorgestellt. Mithilfe dieser Methodologie werden beide Themen in Verbindung miteinander gebracht um der Forschungsfrage dieser Ausarbeitung nachzugehen. Es folgt nun also eine Beschreibung der Forschungsmethoden und deren Durchführung.

## TEIL 2: EMPIRISCHER TEIL

### 4 Methodologie

Da sich vorliegende Arbeit mit ST beschäftigt und die Rekonstruktion derselben den Forschungsgegenstand bilden, scheint das FST als Vorgehensweise geeignet. Nachdem zuerst die der Methodologie zugrunde liegende Menschenbildannahme und Bedeutung der ST erläutert werden, folgt in einem weiteren Schritt die Einführung in die Forschungsmethoden, welche aus der Erhebungsmethode *halb-standardisiertes*<sup>44</sup> *Interview* nach Scheele und Groeben sowie der Auswertungstechnik *Heidelberger SLT* bestehen. Dem folgt eine Bezugnahme zu den Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung und einer Beschreibung der praktischen Durchführung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschung. Schließlich endet das Kapitel mit einer Begründung der Methodenwahl und einem Exkurs in die Forschungsethik.

#### 4.1 Forschungsprogramm Subjektive Theorien nach Groeben u.a.

Das FST wurde in den 1970er Jahren durch Norbert Groeben und Brigitte Scheele entwickelt, mit dem Ziel Ergebnisse nicht nur auf Grundlage von sichtbaren Daten, sondern in einem dialogischen Prozess zu gewinnen. Dabei standen vor allem die Gleichwertigkeit von Versuchsperson und ForscherIn sowie die Erhebung der ST in einer zweiphasigen Forschungsstruktur im Mittelpunkt (Marsal 2013: 563f.). Beide Schwerpunkte sollen im Folgenden näher erläutert werden.

##### 4.1.1 Menschenbildannahme

Dem FST liegt ein sogenanntes *epistemologisches Subjektmodell* zugrunde. Dieses Menschenbild setzt sich bewusst vom Behaviorismus ab und orientiert sich an den Überzeugungen von Kelly (1955: 18), der sowohl den Forschenden (Erkenntnissubjekte) als auch den Erforschten (Erkenntnisobjekte) die gleichen Fähigkeiten zuschreibt („*man-the-scientist*“) und sie somit als symmetrisch, als analog betrachtet. Außerdem ist Kelly der Meinung, dass sich jeder Mensch aktiv, zielgerichtet und möglichst vernünftig verhält, um seinen Alltag zu bewältigen. Diese Persönlichkeitstheorie von Kelly wurde zum Ausgangspunkt für das Menschenbild des FST. Nach diesem hat jeder Mensch, egal ob es sich dabei um WissenschaftlerInnen oder *Alltagsmenschen* handelt, die Fähigkeit zur Kommunikation, Autonomie, Reflexivität und Rationalität (Schlee 1988: 16).

Groeben (1986: 1ff.) nennt die *Monismus-Dualismus-Dichotomie* als Hintergrund dieses Menschenbildes. Er beschreibt das FST als eine Wissenschaftstheorie, die versucht,

---

<sup>44</sup> Groeben und Scheele verwenden die Begriffe *halb-standardisiert* und *halb-strukturiert* synonym. Ich habe mich für den Begriff *halb-standardisiert* entschieden, weil er mir angemessener zu sein scheint.

Hermeneutik und Empirismus zu integrieren und somit Monismus und Dualismus<sup>45</sup> zu verbinden. Groeben (1986: 16) versucht somit Verstehen und Erklären zu verbinden,

„aber eben nicht rein additiv, sondern in einer strukturellen Verschränktheit [...], die als Integration beider Erkenntnisweisen akzeptierbar ist: die es also erlaubt, von einer verstehend-erklärenden Psychologie zu sprechen.“

Dabei gehe es um eine Realität, die sich durch menschliches Reflektieren bildet. Groeben (1986: 50) versteht unter Realität „jene Wirklichkeit [...], die außerhalb und unabhängig von der menschlichen Erkenntnistätigkeit als existierend anzusetzen ist.“

In Bezug auf den Gegenstand spricht Groeben (1986: 51f.) zum einen vom Gegenstandsvorverständnis. Dieses bezeichne ein Menschenbild, welches unabhängig von wissenschaftlichen Erkenntnisweisen dem menschlichen Reflektieren gegeben sei. Zum anderen erklärt Groeben das Gegenstandsvorverständnis als Menschenbild, welches durch wissenschaftliche Erkenntnismethoden gebildet wird. Somit bestimmt die Menschenbildannahme den methodischen Zugang zum erforschenden Gegenstand.

Das FST unterscheidet Verhalten und Handeln. Schlee (1988: 12) führt aus:

„Handlungen lassen sich als absichtsvolle und sinnhafte Verhaltensweisen beschreiben; sie werden konstruktiv geplant und als Mittel zur Erreichung von (selbstgewählten) Zielen eingesetzt [...]. Handlungen sind auf Resultate gerichtet und folgen Motiven und Interessen; sie sind daher nur auf der Grundlage eines Erfahrungs- und Wissenssystems denkbar.“

Dieses Verständnis von Handeln hängt stark mit der bereits beschriebenen Menschenbildannahme zusammen. Man geht demnach davon aus, dass das Handeln der Menschen von Prozessen und Strukturen, die intern ablaufen, gesteuert wird. Der Mensch handelt also nicht mechanisch und durch Umweltreize bestimmt, sondern „autonom, aktiv konstruierend und reflexiv verstehend“ (Scheel 1988: 13). Ganz anders verhält es sich beim Verhalten. Hier geht die Psychologie davon aus, dass der Mensch unter der Kontrolle seiner Umgebung steht. Das äußerlich Sichtbare steht im Mittelpunkt – die menschliche Intentionalität erhält keine Beachtung und Autonomie, Konstruktion und Reflexivität werden dem Menschen abgesprochen. Die Folge davon ist ein mechanistisches Menschenbild, geprägt vom Behaviorismus.

Bei Scheele (1988: 15f.) wird der Unterschied von behavioralem und epistemologischen Subjektmodell noch einmal deutlich. Erstes sieht den Menschen als von der Umwelt kontrolliert. Zweites rechnet dem Menschen als Erkenntnisobjekt die Fähigkeit zu, sich von der Umwelt zu distanzieren, zu reflektieren und zu kommunizieren. Der Mensch im FST ist somit in der Lage, sich und sein Umfeld zu beschreiben, zu erklären und mit Bedeutung zu füllen. Er besitzt die Fähigkeit, Fragen zu stellen, Hypothe-

---

<sup>45</sup> Groeben (1986: 1ff.) beschreibt die vorherrschende Ansicht, Psychologie könne diese beiden Wissenschaftsstrukturen nicht vereinen. Der Monismus gehe auf die Naturwissenschaft zurück und sieht den Menschen als einen Gegenstand, der von außen beobachtet und erklärt werde. Der Dualismus hingegen habe geisteswissenschaftliche Ausrichtung und sehe den Menschen als einen Gegenstand, der zusätzlich auch von innen verstehbar sei. Groebens Ziel ist die Synthese beider Positionen.

sen zu entwerfen und zu überprüfen und Erkenntnisse zu gewinnen. Er kann sich zwischen unterschiedlichen Handlungen entscheiden und trägt damit Verantwortung für das, was er tut oder nicht tut. Er kann seine internen Prozesse in Worte fassen und sich über seine Sinnstrukturen verständigen. In diesem Menschenbild steckt folglich eine Parallelität zwischen Forschenden und Erforschten. Zwischen Erkenntnissubjekt und Erkenntnisobjekt, also WissenschaftlerIn und UP bestehen keine Unterschiede.<sup>46</sup>

#### 4.1.2 Subjektive Theorien

Die ST bilden das Zentrum des Forschungsprogramms. Damit grenzen sich die GründerrInnen des FST klar vom Konstrukt der klassischen Psychologie ab: den Kognitionen. Der Kognitionsbegriff sei zu umfassend, zu weit und zu unpräzise (Groeben 1988a: 17). Wie bereits erwähnt, unterscheidet das FST zwischen Verhalten und Handlung. Handlungen können – ebenso wie Verhalten – auf verschiedenen Ebenen gedacht werden. Mehrere Handlungen können bspw. in einer übergeordneten Handlung zusammengefasst werden; sie wären damit Teilhandlungen.<sup>47</sup> Scheele (1988: 14) führt aus, dass einzelne Teilhandlungen besser verstanden werden können, wenn man den Zusammenhang zur übergeordneten Handlung kennt. Der Sinn der Teilhandlung ergibt sich somit aus der Bedeutung der übergeordneten Handlung. Im Gegensatz dazu stünde das Verhalten. Dieses erhält seine Bedeutung aus den untergeordneten Elementen. Eine Unterteilung von Verhaltensweisen ist somit unabhängig von Situation, BeobachterIn und AkteurIn. Anders hingegen bei der Handlung. Diese sei, so Groeben (1986: 226)

„[...] ja nicht etwas an sich Vorliegendes, sondern etwas interpretativ Beschriebenes unter Rückgriff auf die Intentionalität eines Akteurs strukturiert Zusammengefaßtes und mit Bedeutung Versehenes“.

Im Gegensatz zum Verhalten, welches durch direkte Beobachtung intersubjektiv erschlossen werden kann, benötigt die Erforschung der Handlung den Blick in das Innenleben. Es geht darum „Innenaspekte des Handelns interpretativ zu erschließen oder im Dialog zwischen dem Akteur und einem Forscher [...] [zu rekonstruieren].“ (Scheele 1988: 15). Zu allererst geht es beim Erforschen von Sinn, Bedeutungen und Absichten des Handelns um die Selbst-Interpretation der Handelnden. Welches Ziel verfolgen die Handelnden mit ihren Handlungen? Bezogen auf das FST wird versucht, diesen Schritt in eine wissenschaftliche Struktur einzubetten. Es geht nicht nur darum, dem Erkennt-

---

<sup>46</sup> Anders wäre es in der herkömmlichen Psychologie. Hier besteht zwischen Forschenden und Erforschten typischerweise eine asymmetrische und hierarchische Beziehung. Inhalt und Ablauf der Untersuchung werden von den Forschenden vorgegeben und die UPs müssen sich danach richten. Das Ermessen der Forschenden bestimmt, in wie weit die Hintergründe der Forschung offengelegt und erklärt werden. Häufig werden die Erforschten sogar bewusst getäuscht, um einer Beeinflussung oder Verfälschung vorzubeugen (Schlee 1988a: 25f.).

<sup>47</sup> Um den Zusammenhang von Teilhandlungen und übergeordneten Handlungen zu verdeutlichen, sei hier ein Beispiel angeführt. Die Handlungen ‚Nahrungsmittel einkaufen‘, ‚Gäste einladen‘ und ‚die Mahlzeit zubereiten‘ sind Teilhandlungen der übergeordneten Handlung ‚gemeinsam zu Abend essen‘. Die Teilhandlungen ihrerseits lassen sich wiederum in verschiedene Unterhandlungen aufgliedern. So würden zur Teilhandlung ‚Nahrungsmittel einkaufen‘ die untergeordneten Teilhandlungen ‚Einkaufsliste schreiben‘, ‚zum Supermarkt fahren‘, ‚Nahrungsmittel in den Einkaufswagen legen‘ gehören, usw.



nissubjekt „Merkmale wie Intentionalität, Entscheidungsfähigkeit zwischen Handlungsalternativen, Planung von Handlungsabläufen, Sprach- und Kommunikationsfähigkeit“ (ebd.: 15) zuzuschreiben, sondern diese Merkmale direkt im Forschungsprozess umzusetzen. Die Kommunikationsfähigkeit des Menschen wird hierbei die Grundlage der Forschung. Der Mensch wird nicht als Objekt betrachtet, das von der Umwelt kontrolliert wird, sondern als Erkenntnisobjekt, welches sich von der Umwelt distanzieren kann und die Fähigkeit zur Reflexivität und Kommunikation beherrscht (ebd.: 16).

Beim FST steht

„der Mensch als handelndes Subjekt mit den Merkmalen der Intentionalität, Reflexivität, potentiellen Rationalität und sprachlichen Kommunikationsfähigkeit (epistemologisches Subjektmodell) im Mittelpunkt.“ (Scheele 1988: 16).

Die Handlungen eines Menschen ergeben sich aus gewissen Sinngebungen, aus entwickelten Theorien, die dem Menschen helfen, sich selbst und seine Umwelt zu deuten und Handlungspläne zu entwickeln. Diese internen Repräsentationen, so das FST, lassen sich als ST rekonstruieren. Sie können also als theoretische Zusammenhänge beschrieben werden, die ein Mensch im Kopf hat und die sein Handeln bestimmen. Dabei erfüllen ST dieselben Funktionen wie wissenschaftliche Theorien: sie beschreiben und erklären Wahrnehmungen (Erklärung) und entwickeln Erwartungen (Prognosen). Dieses Beschreiben, Erklären und Prognostizieren ermöglicht letztlich menschliches Handeln und hilft bei der Orientierung im Alltag (Technologie). Was Theorien für die Wissenschaft sind, sind ST für den Menschen in dessen Alltag: sie helfen, Sachverhalte zu erklären, vorherzusagen und zu verändern (Hussy, Schreier und Echterhoff 2013: 210). ST sind Strukturen, die hierarchisch in einem Begriffsnetz aufgebaut sind und in Wenn-Dann-Beziehungen im Verhältnis zueinander stehen. Sie sind also miteinander verbunden und stehen in Beziehung zueinander. Dadurch ist es möglich Schlussfolgerungen abzuleiten. In diesem Sinne erfüllen ST „die Funktion der Erklärung, Prognose und Technologie“ (Groeben 1988a: 19).

Entsprechend ihrer Komplexität und Handlungsnahe können ST nach ihrer Reichweite unterschieden werden (Scheele 1988: 148f.). ST geringerer Reichweite sind bspw. Vorstellungen zu speziellen Handlungssituationen. Diese können unsere Handlungen steuern und ermöglichen dadurch ein rasches und sicheres Handeln, lassen sich jedoch schwerer verändern. Diese konkrete Handlungsebene wird bei ST mittlerer Reichweite durch abstrakte Konzepte ersetzt. Hierbei geht es meist um Hypothesen oder Argumentationsstrukturen. Sie enthalten – im Unterschied zu ST geringer Reichweite – mehrere Erklärungsschritte. Bei ST mit großer Reichweite ist dieses Abstraktionsniveau verstärkt. Sie weisen einen hohen Komplexitätsgrad auf, haben demnach keinen direkten Bezug zum Handeln und lassen sich folglich leichter erweitern oder verändern (ebd.: 148ff.). Bei vorliegender Forschung kamen hauptsächlich ST mittlerer Reichweite zum Tragen, weshalb, in Anlehnung an Scheele (1988: 149), auf die Me-

thode der halb-standardisierten Interview-Leitfäden mit den drei Fragetypen offene, hypothesengerichtete und Konfrontationsfragen zurückgegriffen wurde.

Das FST geht davon aus, dass Forschende nur dann die individuelle Selbst- und Welt-sicht eines Menschen verstehen können, wenn sie mit diesem in ein dialogisches Kommunikationsverhältnis treten. Denn ob die Forschenden ihre UPs wirklich verstan-den haben, können nur diese selbst bestätigen. Dieser Dialog-Konsens tritt dann ein, wenn die Erforschten dem zustimmen können, was die Forschenden verstanden ha-ben. Damit solch ein optimales Verstehen am besten gewährleistet werden kann, wur-de im FST die sogenannte Dialog-Konsens-Methodik entwickelt. Hierbei wird das Er-reichen der Übereinstimmung (sogenannte *Rekonstruktionsadäquanz*) zwischen For-scherInnen und UPs „im Dialog durch den Konsens des Erkenntnis-Objekts festge-stellt“ (Groeben und Scheele 1988: 21).

Die Erforschung von ST sieht das FST in einem zweiphasigen Forschungsprozess vor (A.12.2, Abb.4). Dabei soll die Verknüpfung der hermeneutischen und empirischen Forschung stattfinden, welche in der bereits beschriebenen verstehend-erklärenden Psychologie zum Ausdruck kommt. Die beiden Prozesse heißen *Kommunikative* und *Explanative Validierung* und verbinden die Innen- und Außensicht. Die Kommunikative Validierung<sup>48</sup> ist zeitlich vorgeordnet, bedeutungstechnisch jedoch nachgeordnet. In dieser Phase werden die ST erhoben und rekonstruiert. Die Explanative Validierung<sup>49</sup> folgt der Kommunikativen Validierung zeitlich nachgeordnet, hat jedoch in der Geltung mehr Gewicht. Sie dient der Überprüfung der rekonstruierten ST durch kontrollierte Beobachtungen (Groeben 1986: 326).

Bei der Erschließung der ST muss davon ausgegangen werden, dass die UP ihre In-nensicht nicht auf Anhieb umfassend und exakt wiedergibt. Auch die Tatsache, dass

---

<sup>48</sup> Schlee (1988a: 24f.) erwähnt zwei grundsätzliche Möglichkeiten um ST, also spezifische Merkmale des menschlichen Handelns, die durch direkte Beobachtung nicht erfasst werden können, zu rekonstruieren. Eine Möglichkeit wäre die Erschließung der ST aus Beobachtungsdaten. Diese Option gilt im Rahmen des FST jedoch als nicht optimal, da die bezeichnenden Merkmale des epistemologischen Subjekts nicht be-achtet und genutzt werden. Die Forschenden greifen in diesem Fall nicht auf die Selbstsicht der UPs zu-rück, sondern erheben den Handlungssinn nur aus der eigenen Außensicht, also monolog-hermeneutisch. Die zweite und für das FST passendere Möglichkeit zur Erschließung der ST ist das Erzählen der Selbstin-terpretationen vonseiten der UPs. Diese Erschließung über Selbstauskunft ist mit der epistemologischen Menschenbildannahme des FST stimmig.

<sup>49</sup> Ist die erste Forschungsphase (kommunikative Validierung) abgeschlossen, kann gegebenenfalls in die zweite Forschungsphase übergegangen werden. In dieser Phase wird überprüft, in wie fern die ermittelten ST der Realität entsprechen. Das zentrale Gütekriterium stellt in diesem Fall die Falsifikation dar. Hussy, Schreier und Echterhoff (2013: 211f.) stellen drei Untersuchungsdesigns vor:

1. Korrelationsstudien: Hierbei werden sowohl die ST als auch die tatsächliche Handlungsweise der UP analysiert und auf Übereinstimmung geprüft.
2. Prognosestudien: Dieses Design leitet, nachdem die ST erhoben wurden, Voraussagen darüber ab, wie sich die UP in unterschiedlichen Situationen wahrscheinlich verhalten wird. Die Handlun-gen werden beobachtet und schließlich darauf geprüft, inwiefern sie mit den vorausgesagten Handlungen übereinstimmen.
3. Modifikationsstudien: Hier werden die ST nach ihrer Erhebung bewusst verändert. Will die ST als handlungsleitend gelten, müssen sich folglich auch die Handlungen ändern.

Aufgrund der zeitlichen Beschränktheit der vorliegenden Untersuchung wurde ausschließlich die kommu-nikative Validierung durchgeführt.

die Forschenden die Selbstauskünfte der Erkenntnisobjekte möglicherweise nicht korrekt verstehen, muss bedacht werden. Schlee (1988a: 25) ist der Meinung, dass

„der Forschungsprozeß fördernde Rahmenbedingungen bereitzustellen und zu realisieren [hat] [...] Daher sollte die Rekonstruktion der Subjektiven Theorien im Dialog mit dem Forscher erfolgen, das heißt beide haben sich in argumentativer Auseinandersetzung und Verständigung um eine angemessene Beschreibung der Subjektiven Theorien des Erkenntnis-Objekts zu bemühen. Damit wird das Erkenntnis-Objekt aktiv und konstruktiv in den Forschungsprozeß einbezogen; seiner Sprach- und Kommunikationsfähigkeit wird voll Rechnung getragen.“

Um oben genannte fördernde Rahmenbedingungen zu gewährleisten, können mehrere Schritte sinnvoll sein. Schlee (1988a: 26) zählt dazu bspw. „eine umfassende Aufklärung über den Untersuchungszweck und -ablauf“. Transparenz sei dabei sehr wichtig. Auch während der Untersuchung sollten die unterschiedlichen Schritte und Vorgehensweisen erläutert werden. Eine verständnisvolle und vertrauensvolle Beziehung zwischen Forschenden und Erforschten kann sich außerdem förderlich auswirken. Eine unterstützende und bedrohungsfreie Umgebung kann dem Erkenntnis-Objekt helfen, seine Innensicht zu bestimmten Problemen oder Handlungen ehrlich zu benennen.<sup>50</sup>

Außerdem führte das FST das sogenannte *dialog-konsenstheoretische Wahrheitskriterium*<sup>51</sup> ein um die optimalen Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Mithilfe der *idealen Sprechsituation* von Habermas<sup>52</sup> soll die Verwirklichung des Dialog-Konsens angestrebt werden und Bedingungen geschaffen werden, damit das Subjekt zum einen auf die eigenen Kognitionen zurückgreifen kann und zum anderen diese Reflexion erfolgreich kommunizieren kann. Herrscht also eine möglichst ideale Sprechsituation, so ist die Wahrhaftigkeit von Erkenntnis-Objekt und Erkenntnis-Subjekt ermöglicht und damit die Berechtigung gegeben, „den Dialog-Konsens als (hermeneutisches) Wahrheitskriterium zu konzipieren.“ (Scheele und Groeben 1988: 23)

Abschließend sei die Bedeutung der ST mit der folgenden Zusammenfassung Groebens (1988: 22) auf den Punkt gebracht:

„Die engere Begriffsexplikation von Subjektiven Theorien lautet dann:

- Kognitionen der Selbst- und Weltsicht,
- die im Dialog-Konsens aktualisier- und rekonstruierbar sind
- als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur,
- das auch die zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien parallelen Funktionen
- der Erklärung, Prognose, Technologie erfüllt,
- deren Akzeptierbarkeit als ‚objektive‘ Erkenntnis zu prüfen ist.“

<sup>50</sup> Es liegt demnach im Interesse der Forschenden „für eine möglichst gute Gesprächssituation zu sorgen“ (Schlee 1988a: 26). Dazu können auch skeptische Fragen, Hinweise auf Widersprüche oder Klärungsfragen gehören, die das Ziel verfolgen, die Innensicht so korrekt wie möglich zu erfassen. Inhaltliche Kontroversen können folglich einen positiven Beitrag im Dialog-Konsens leisten. Wichtig ist, so Schlee (1988a: 26f.), dass es letztlich zu einer Verständigung und Einigung zwischen beiden DialogpartnerInnen kommt. Im Zweifelsfall habe dabei die Äußerung des Erkenntnis-Objekts den Vorrang, da es schließlich um dessen Innensicht gehe.

<sup>51</sup> Diese Methodik geht auf die Frankfurter Schule zurück.

<sup>52</sup> Hierzu Habermas (1973: 255, zitiert in Scheele und Groeben 1988: 23): „Ideal nenne ich eine Sprechsituation, in der die Kommunikationen nicht nur nicht durch äußere kontingente Einwirkungen, sondern auch nicht durch Zwänge behindert werden, die sich aus der Struktur der Kommunikation selbst ergeben.“

## 4.2 Forschungsmethoden

Nachdem das FST näher erläutert wurde sollen im Folgenden Erhebungs- und Auswertungsmethoden erläutert werden. Dazu gehören eine Modifikation des halbstandardisierten Interviews nach Scheele und Groeben sowie die Heidelberger SLT.

### 4.2.1 Erhebungsmethode halb-standardisiertes Interview nach Scheele und Groeben

Wie oben erläutert geht es im ersten Forschungsschritt darum die ST zu erheben. Die dafür von mir gewählte Erhebungsmethode stellt das halb-standardisierte Interview nach Scheele und Groeben dar. Helfferich (2009: 36) benutzt die Bezeichnung „halb-/teilstandardisiertes oder -strukturiertes Leitfaden-Interview“. Für Flick (2010: 203) ist diese Form des Interviews eine „spezifische Weiterentwicklung des Leitfaden-Interviews“. Der Leitfaden soll eine gewisse Strukturierung gewährleisten – sowohl in der Vorbereitung, als auch in der Durchführung und Auswertung des Interviews. Zudem gibt er die Möglichkeit für eine gewisse Vergleichbarkeit beider Interviews. Bei allem soll jedoch das Prinzip der Offenheit dominieren. Interviewführung und Rahmenbedingungen sollen eine Atmosphäre herstellen, die möglichst *normal* empfunden wird. So soll die Durchführung der Forschung in Anlehnung an Helfferich (2009: 181) unter dem Motto „so offen wie möglich, so strukturiert wie nötig“ laufen.

Um die ST zu rekonstruieren wird ein Leitfaden mit drei Fragekategorien eingesetzt: die offenen Fragen, die hypothesengerichteten Fragen und die Konfrontationsfragen.<sup>53</sup> Die offenen Fragen geben den Interviewten die Möglichkeit ihr aktuell verfügbares Wissen zum Thema mitzuteilen. Sollte den Interviewten zum Thema spontan keine Antwort einfallen, so können „über die Beispiele<sup>54</sup> und hypothesen-gerichteten Fragen Anregungsfaktoren und Hypothesenmöglichkeiten geboten (werden)“ (Scheele und Groeben 1988: 36). Ergänzend zu den offenen Fragen werden hypothesengerichtete Fragen gestellt. Diese wurden im Vorfeld von den ForscherInnen anhand ihrer Vorannahmen und Literaturrecherche entworfen. Im Gegensatz zu den offenen Fragen, die das explizite Wissen erfragen, wenden sich die hypothesengerichteten Fragen an das implizite, also nicht sofort verfügbare Wissen der Interviewten. In diesen Fragen werden Annahmen formuliert, wobei „der Interviewte (...) völlig frei [ist], diese Angebote aufzugreifen oder abzulehnen, je nachdem, ob sie seiner ST entsprechen oder nicht.“ (ebd.: 36). Als dritten Fragetypen gibt es die Konfrontationsfragen. Durch diese sollen, so Flick (2010: 204),

„die bis dahin vom Befragten entwickelten Theorien und Zusammenhänge in jedem angesprochenen Bereich noch einmal im Licht konkurrierender Alternativen kritisch hinterfragt werden.“

<sup>53</sup> Scheele und Groeben (1988: 35f.) nennen die drei Fragekategorien hypothesen-ungerichtete Fragen, hypothesen-gerichtete Fragen und Störfragen. Ich verwende in dieser Ausarbeitung jedoch die Benennung wie sie bei Flick (2010: 203f.) angeführt wird, da sie geläufiger ist.

<sup>54</sup> Beispiele erfüllen bei Scheele und Groeben (1988: 35f.) eine doppelte Funktion: zum einen geben sie Anregung um die Wissensinhalte auszuführen, zum anderen unterstützen sie die Präzisierung. Vorrang haben die Beispiele, die die Interviewten selbst einbringen. Nur wenn diese keine Beispiele parat haben, können die ForscherInnen ihre vorbereiteten Beispiele vortragen.

Für die Erstellung des Leitfadens wurde das SPSS-Prinzip<sup>55</sup> von Helfferich (2009: 182ff.) herangezogen. Dieses Prinzip dient nicht nur zur Leitfadenerstellung, sondern „gleichzeitig der Vergegenwärtigung und dem Explizieren des eigenen theoretischen Vorwissens und der impliziten Erwartungen an die von den Interviewten zu produzierenden Erzählungen.“

Die Buchstaben SPSS stehen für vier Schritte:

1. „S“ – Sammeln: In einem ersten Schritt werden möglichst viele Fragen, die etwas mit dem Forschungsgegenstand zu tun haben, gesammelt. Dabei wird nicht geprüft, ob diese Fragen geeignet sind und richtig formuliert werden.
2. „P“ – Prüfen: Im zweiten Schritt werden die gesammelten Fragen reduziert und strukturiert. Mithilfe von Prüffragen<sup>56</sup> wird die Liste auf Brauchbarkeit überprüft.
3. „S“ – Sortieren: Nach der Reduzierung werden die übrig gebliebenen Fragen sortiert. Die Sortierung kann sich an zeitlichen Abfolgen oder inhaltlichen Aspekten orientieren. Dabei entstehen Fragebündel.
4. „S“ – Subsumieren: Die im dritten Schritt entworfenen Fragebündel werden einzeln betrachtet und mit einer einfachen Erzählaufforderung versehen, die möglichst alle Einzelaspekte abdeckt. Die entworfene Frage soll zu einer Antwort führen, in der die Interviewten möglichst viele Aspekte von selbst ansprechen. Helfferich schlägt das Entwerfen einer Tabelle mit drei Spalten vor: Spalte eins enthält die Erzählaufforderung, Spalte zwei Stichworte über die Einzelaspekte, Spalte drei ausformulierte Fragen, die auf alle Fälle gestellt werden sollen.

Das Leitfaden-Interview bestand aus fünf solchen Fragebündeln, die jeweils mit einer offenen Frage begannen, aber auch hypothesengerichtete Fragen und Konfrontationsfragen enthielten (A.12.4.1, Abb.5).

#### 4.2.2 Auswertungstechnik Heidelberger Struktur-lege-Technik

Nachdem die ST mittels halb-standardisiertem Interview erhoben wurden, geht es an deren Auswertung. Scholl (2015: 131) unterscheidet dabei die Methoden der SLT durch ihre dialogische Ausprägung von anderen Vorgehensweisen, die monologisch vorgehen. So verständigen sich Forschende und Befragte bei der SLT in einem Dialog-Konsens um die Interpretation der ST zu überprüfen. Für diesen Dialog-Konsens gibt

---

<sup>55</sup> Kruse (2015: 230ff.) modifizierte das SPSS-Verfahren zum S<sup>2</sup>PS<sup>2</sup>-Verfahren. Dieses Verfahren besteht aus den fünf Schritten Sammeln, Sortieren, Prüfen, Streichen, Subsumieren. Für die Erstellung des Interviewleitfadens im Rahmen dieser Forschung wurde das SPSS-Verfahren von Helfferich genutzt.

<sup>56</sup> Reine Informations- und Faktenfragen werden mit der ersten Prüffrage gestrichen. So können bspw. Angaben zum Alter, Ausbildung, Ort etc. außerhalb des Interviews erfragt werden. Die zweite Prüffrage untersucht die Eignung einer Frage: „Eignen sich Fragen überhaupt dazu, offene Antworten oder Erzählungen zu erzeugen? Werden sie dem gerecht, was für die Erzählperson erzählbar und erzählwürdig ist?“ Bei einer weiteren Prüffrage geht es um die impliziten Erwartungen. Zielt die Frage nur darauf ab, schon vorhandenes Wissen bestätigen zu lassen? Dann wird sie gestrichen. Besser ist die Frage: Was weiß ich noch nicht? Die nächste Prüffrage untersucht, in wie weit eine Frage in eine bestimmte Richtung drängt und andere Richtungen verschließt. Fragen sollten so formuliert sein, dass Interviewte auch eine unerwartete Antwort geben können. Eine weitere Prüffrage streicht Fragen, die nach abstrakten Zusammenhängen fragen. Dies sind Fragen, die zwar zur Beantwortung der Forschungsfrage führen können, jedoch vonseiten der Interviewten in ihrer subjektiven Sicht schwer zu beantworten sind (Helfferich 2009: 182ff.).

es diverse Verfahren. Zu den wichtigsten zählt Schröder-Lenzen (2013: 153) die Heidelberger SLT, die Weingartener Appraisal Legetechnik, die konsensuale Ziel-Mittel-Argumentation, die Interview- und Legetechnik zur Rekonstruktion kognitiver Handlungsstrukturen und die alltagssprachliche Flexibilisierungsversion. Jeder dieser Verfahren hat zum Ziel, die Struktur der erhobenen ST zu visualisieren.

Durch die Tatsache, dass die Befragten in die Auswertung miteinbezogen werden, wird von einigen Voraussetzungen ausgegangen. Scholl (2015: 132) erwähnt neben den üblichen Kommunikations- und Sprachkompetenzen auch die Fähigkeit zur Rationalität, Reflexivität und Handlung. So sollen die Befragten die inhaltlichen Konzepte, die durch das Interview gewonnen und anschließend auf Kärtchen geschrieben wurden, mit Hilfe eines spezifischen Regelsystems ordnen und in Beziehung zueinander setzen. Je nach Regelsystem gibt es unterschiedliche Relationen. Als bekanntestes Regelsystem bezeichnet Scholl (ebd.: 132f.) die Heidelberger SLT, welche für diese Arbeit gewählt wurde. Er listet – in Anlehnung an Hanns-Dietrich Dann – vier Relationstypen auf: logische Relationen (Definitionen, Aufzählungen), abstrakte Relationen (Beispiele), semantische Relationen (Ziele, Voraussetzungen) und kausale Relationen (Wirkungen, Abhängigkeiten). Scholl führt weiter aus, dass das Regelsystem üblicherweise visualisiert und bspw. als Flussdiagramm dargestellt wird. Vorteile dieser Visualisierung sieht er in einer höheren Motivation und Erleichterung des Verstehens aufseiten der Befragten, einer besseren Veranschaulichung der Beziehungen sowie einer vereinfachten Modifizierung (Erweiterung, Reduzierung, Differenzierung) des Strukturbildes (ebd.: 133).

Nachdem mit der Heidelberger SLT ein Struktur-Lege-Bild (SLB) erzeugt wurde, kann dieses auf zwei Arten analysiert werden. Scheele und Groeben (1988: 78) benennen den idiografischen und den nomothetischen Auswertungsansatz.<sup>57</sup> Da es sich bei vorliegender Arbeit um eine explorative Forschung und Rekonstruktion von ST anhand von lediglich zwei UPs handelt, gestaltet sich die nomothetische Analyse problematisch. Dafür würde es eine größere Auswahl an ProbandInnen benötigen. Ich werde deshalb eine stärkere Gewichtung auf die idiografische Perspektive legen.<sup>58</sup>

Scheele und Groeben (1988: 78f.) geben eine Einführung in die „Auswertung der je individuellen rekonstruierten, einzelnen Theoriestruktur“. Sie benennen zum einen die Überprüfung der Kohärenz (Logik der Gedankengänge) und der Vollständigkeit der Theorien. Zum anderen gehe es darum, die innere Widerspruchsfreiheit zu überprüfen.

<sup>57</sup> Die idiografische Analyse betrachtet jede einzelne ST für sich und überprüft die SLB auf Widersprüche, Abbrüche und Vollständigkeit. Die nomothetische Analyse vergleicht einzelne SLB miteinander und versucht personenübergreifende Verbindungen zu erkennen (Scheele und Groeben 1988: 78ff).

<sup>58</sup> In diesem Zusammenhang sei außerdem die etische und emische Sichtweise erwähnt. Helfrich beschreibt in ihrem Werk *Kulturvergleichende Psychologie* den Unterschied zwischen der kulturübergreifenden Außensicht (etische Perspektive) und der kulturangepassten Innensicht (emische Perspektive). Diese Unterscheidung könne ebenso auf das nomothetische und idiografische Vorgehen übertragen werden. So wie der idiografische Ansatz sein Augenmerk auf die Einzigartigkeit eines Menschen lenkt, so versuche „der emische Ansatz die Einzigartigkeit einer Kultur“ hervorzuheben (Helfrich 2013: 27f.). Da in vorliegender Arbeit die ST Forschungsgegenstand bilden und somit die Innenperspektive der Betroffenen im Mittelpunkt steht, ist es Anliegen der Forscherin eine emische Sichtweise einzunehmen.

Außerdem können „Varianten der Korrelations-, Prognose- und Modifikationsstudien als geeignete Überprüfungsdesigns“ angewandt werden.

Nach der Rekonstruktion der ST kann man also noch einen Schritt weitergehen. Groeben u.a. (1988: 324ff.) sprechen von einem „schwierige(n) Unterfangen, individuelle Subjektive Theorien erklärungskräftig zusammenzufassen, um zu überindividuellen Aussagen zu kommen.“ Hierbei werden die ST als Grundlage gesehen, um wissenschaftliche Erklärungsansätze zu entwickeln.<sup>59</sup> Aufgrund der Limitierung vorliegender Arbeit wurde die zweite Forschungsphase (explanative Validierung) nicht durchgeführt. Die Forschung endet mit einer einfachen Analyse der beispielhaft rekonstruierten ST zweier an Schizophrenie erkrankten Menschen zur Frage der erlebten Stigmatisierung.

### 4.3 Gütekriterien

Nachdem nun die beiden dieser Arbeit zugrundeliegenden Erhebungs- und Auswertungsmethoden beschrieben wurden, soll im Folgenden auf die Frage nach den Gütekriterien eingegangen werden.

Die klassischen Gütekriterien der quantitativen Sozialforschung<sup>60</sup> sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Diese Gütekriterien können nicht unverändert in der qualitativen Sozialforschung angewandt werden, da diese in ihrer Zielsetzung und Anwendung eine andere Ausrichtung besitzt. Kruse (2015: 58) entwarf eine Tabelle (A.12.3, Tab.2), in der die traditionellen Gütekriterien<sup>61</sup> gegenüber gestellt werden.

Das Kriterium der *Objektivität*<sup>62</sup> ist im Gegensatz zur quantitativen Forschung bei der qualitativen Forschung nicht erfüllbar. Bezogen auf das qualitative Interview muss beachtet werden, dass dieses stets kontextabhängig ist und somit verschiedene Versionen bei Wiederholungen nie identisch sein werden. Helfferich (2009: 155) erläutert:

„Die Unmöglichkeit von Objektivität ist ja nicht ein Mangel, sondern Ausgangspunkt qualitativer Forschung, daher kann es nicht um anzustrebende *Objektivität* gehen, sondern um einen anzustrebenden *angemessenen Umgang mit Subjektivität*.“

Kruse (2015: 55) sieht eine Umsetzung des Objektivitäts-Kriteriums in der Intersubjektivität, der Übereinstimmung mehrerer ForscherInnen. Auch das Reflektieren und Kontrollie-

<sup>59</sup> In der Umsetzung empfiehlt sich möglichst allgemeine Kategorien zu entwickeln, damit sich die individuellen ST gemäß ihrer Bedeutung und Ähnlichkeit zuordnen lassen. Ziel ist es, die Theorieinhalte so gut wie möglich zu verallgemeinern, dabei jedoch so wenig Informationen wie möglich zu verlieren.

<sup>60</sup> Da sich die Qualitative und Quantitative Sozialforschung unterscheiden und verschieden entwickelt haben, fordern zahlreiche ForscherInnen ebenfalls Unterschiede in den Gütekriterien. Mayring empfiehlt bspw. folgende sechs Gütekriterien: 1. Verfahrensdokumentation, 2. Argumentative Interpretationsabsicherung, 3. Regelgeleitetheit, 4. Nähe zum Gegenstand, 5. Kommunikative Validierung, 6. Triangulation (Lamnek 2010: 131f.). Im Folgenden werde ich mich jedoch auf die klassischen Gütekriterien beschränken, mit dem Wissen, dass sie sich in quantitativer und qualitativer Forschung inhaltlich unterscheiden und andere Schwerpunkte besitzen.

<sup>61</sup> An dieser Stelle sei erwähnt, dass es sich bei dieser Einteilung und Gegenüberstellung um eine traditionelle Sichtweise handelt. In neuerer Zeit rückte immer mehr die Verbindung und Kombination beider Richtungen in den Mittelpunkt. Da dies jedoch für den Kern meiner Arbeit nicht relevant ist, gehe ich ausschließlich auf die traditionelle Sichtweise ein.

<sup>62</sup> Hier stellt sich die Frage, ob es eine absolute Objektivität überhaupt gibt. Letztlich scheint Objektivität ein Ziel zu sein, das angestrebt wird, jedoch nie in vollem Maß erreicht werden kann. Die Überlegung einer Wortneuschöpfung mit dem Wort „Verobjektivierung“ soll an dieser Stelle zum Nachdenken anregen, jedoch nicht weiter verfolgt werden (Schiffer 2014: 13).

ren des Forschungsprozesses dient der Objektivitätsüberprüfung. Schreier und Groeben (1999: 27) erwähnen außerdem das falsifikationstheoretische Wahrheitskriterium, welches in der zweiten Forschungsphase des FST zum tragen kommt und überprüfen soll, in wie weit eine subjektive Erkenntnis als objektiv akzeptiert werden kann. Sie schreiben:

„Die jeweilige Subjektive Theorie ist also einer empirischen Testung zu unterziehen; wenn die Theorie sich empirisch nicht bewährt, so ist sie – als objektive Erkenntnis – zu verwerfen. Entscheidend ist hier die Einschätzung des Erkenntnis-subjekts unter Zugrundelegung des falsifikationstheoretischen Wahrheitskriteriums. Dieser Schritt wird auch als explanative Validierung bezeichnet.“ (ebd.: 27)

Das Gütekriterium der *Reliabilität* (Zuverlässigkeit) hat in der qualitativen Forschung einen anderen Schwerpunkt als in der quantitativen Forschung. Während es bei letzterer um den Grad der Genauigkeit einer Messung und der Konstanz der Bedingungen geht, konzentriert sich die qualitative Forschung auf ein intersubjektives Verständnis (Lamnek 2010: 149). Anstelle der Reliabilität könne, so Lamnek (ebd.: 153), das Gütekriterium Stimmigkeit eingesetzt werden. Hierbei stehe die „Vereinbarkeit von Zielen und Methoden der Forschungsarbeit“ im Mittelpunkt. Kruse (2015: 56) sieht die Konsistenzregel als Gegenpart der Reliabilität. Durch eine immer gleich angewendete Lesart und das Auftreten von sich wiederholenden Strukturen wird eine gewisse Zuverlässigkeit gewährleistet. Laut Flick (2010: 487) ist die *Validierung* qualitativer Forschung unbefriedigend gelöst. Er benennt die Kommunikative Validierung als eine gute Möglichkeit zur Bestimmung der Gültigkeit. Lamnek (2010: 139) beschreibt: „Unter kommunikativer Validierung versteht man den Versuch, sich seiner Interpretationsergebnisse durch erneutes Befragen der Interviewten zu vergewissern.“ Durch die Miteinbeziehung der Betroffenen in den Forschungsprozess können die inhaltlichen Aussagen sowie die Stimmigkeit der Ergebnisse überprüft und strukturiert werden. Dadurch gewinne die Forschung an Authentizität (Flick 2010: 495). Die im vorliegenden Fall gewählte SLT verlagert die kommunikative Validierung durch die Dialog-Konsens-Methodik direkt in die Interviewsituation und nicht, wie üblich, in die Zeit nach der Datenerhebung und -auswertung.

Neben der kommunikativen Validierung benennt Kruse (2015: 56f.) außerdem die Anwendung von Analysegruppen und kollegialer Validierung, die einen erweiterten Blick auf die Forschung öffnet. Im Gegensatz zur Verallgemeinerbarkeit in der quantitativen Forschung legt Kruse den Wert auf die authentische Repräsentation eines bestimmten Falls. Es gehe „nicht um Repräsentativität, sondern um Repräsentation“ (ebd.: 57).

Scheele und Groeben (1988: 71) selbst sind der Meinung, dass die Frage nach der Validität auf die Erhebung von ST nicht anwendbar ist, denn

„[...] für die Validität von Selbstberichten (vor allem über interne Ereignisse, wie es auch Subjektive Theorien darstellen) lässt sich keine direkte externe Überprüfung [...] durchführen.“

Zudem soll jede Forschung ethisch vertretbar sein. Aus diesem Grund wird zusätzlich auf die Prinzipien der Offenheit und Vertraulichkeit geachtet. Für Lamnek (2010: 173)



stellt die grundsätzliche Offenheit und Flexibilität „ein sehr zentrales und in jeder Phase der Forschung berücksichtigendes Prinzip [dar] [...], um die sozialen Akteure in deren Sicht und in ihrer natürlichen Lebenswelt zu erfahren.“

Letztlich müssen die Kriterien der Methode angepasst sein. Scheel (1988: 12) benennt Genauigkeit und Objektivität als gewichtigste Bewertungskriterien der klassischen wissenschaftlichen Methoden. Will eine psychologische Forschung den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erheben, so müssen ihre Methoden an diesen allgemeinen Gütekriterien der Exaktheit und Personenunabhängigkeit ausgerichtet sein. Dabei seien diese Maßstäbe dem Gegenstandsverständnis übergeordnet. Scheel erläutert den Unterschied zum Wissenschaftsverständnis im FST. Dieses wolle die allgemeinen Gütekriterien nicht prinzipiell verwerfen, sie jedoch dem Gegenstandsverständnis unterordnen.

#### **4.4 Beschreibung der Durchführung**

In Schreiers und Groebens Artikel (1999: 27f.) wird der klassische Verlauf einer Forschung im Rahmen des FST geschildert. Zuerst werden die Theorieinhalte mithilfe eines halb-standardisierten Interviews erfasst. Dabei wird gewöhnlich auf die drei Fragetypen offene Fragen, hypothesengerichtete Fragen und Konfrontationsfragen zurückgegriffen. Nachdem das Interview transkribiert wurde, werden die wichtigsten Theorieinhalte auf Kärtchen geschrieben. Üblicherweise entwerfen nun sowohl ForscherIn als auch UP unabhängig voneinander einen Rekonstruktionsentwurf, welcher schließlich in einer Dialog-Konsens-Sitzung so lange modifiziert wird, bis die ST der UPs optimal wiedergegeben werden. Ich habe mich aufgrund der zeitlichen Beschränktheit jedoch dazu entschlossen, diesen Schritt insoweit abzuändern, als dass lediglich ich als Forscherin vor der Dialog-Konsens-Sitzung die SLB entworfen habe, welche dann mithilfe der kommunikativen Validierung abgeändert und angepasst wurden.

In Anlehnung an den eben beschriebenen klassischen Verlauf sah die Durchführung meiner Forschung wie folgt aus:

1. Erheben der ST mit Hilfe eines halb-standardisierten Leitfaden-Interviews. Der Leitfaden für das Interview wurde anhand des SPSS-Prinzips von Helfferich<sup>63</sup> entworfen und in einem Pretest (A.12.4.2, Abb.6) überprüft und angepasst.
2. Aufbereiten der Inhalte für die Struktur-Lege-Sitzung<sup>64</sup> mit Hilfe von Transkription<sup>65</sup>. Die Inhalte wurden auf Karten geschrieben und durch strukturelle Verbindung miteinander in Beziehung gesetzt. Daraus entstanden optische SLB.

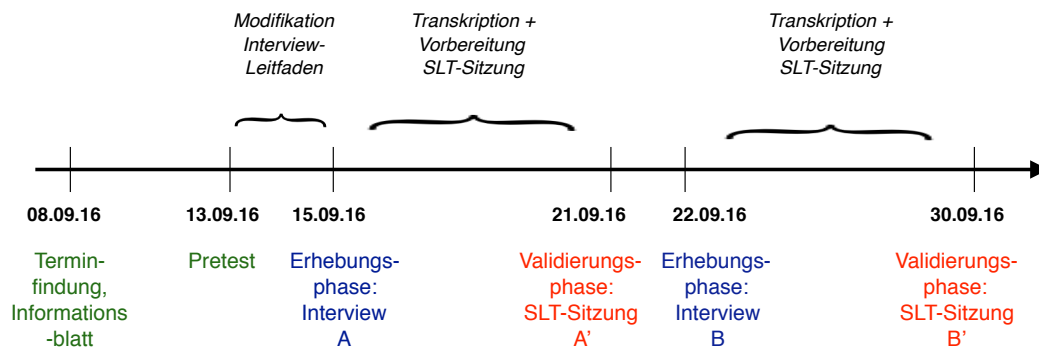
---

<sup>63</sup> Bei der Erstellung des Leitfadens wurden die sechs Anforderungen von Helfferich (2009: 180) berücksichtigt: 1. Der Leitfaden muss die Grundprinzipien qualitativer Forschung berücksichtigen – vor allem das Prinzip der Offenheit. 2. Er darf nicht zu viele Fragen beinhalten. 3. Er muss übersichtlich sein. 4. Er soll abrupte Themenwechsel vermeiden und stattdessen dem natürlichen Erinnerungsfluss folgen. 5. Fragen sollen nicht abgelesen werden. 6. Spontane Erzählungen haben Priorität und dürfen nicht abgeblockt werden.

<sup>64</sup> Dieser Schritt wird im Standardwerk von Groeben u.a. (1988: 154) nur knapp erläutert: „Nach dem Interview extrahiert der Forscher daraus die seiner Meinung nach wichtigsten Konzepte.“ Da dies zu Kritik am FST führte, wurde es später erweitert. Es kann demnach „wünschenswert sein, die Extraktion der Kon-

3. Durchführung der Dialog-Konsens-Sitzung mit Hilfe der Heidelberger SLT. Die entworfenen SLB wurden in einem weiteren Treffen so lange abgeändert bis sie den Ansichten der UP entsprachen.
4. Analyse der ST: Datengrundlage für die Analyse waren die SLB aus Schritt drei. Es wurde jedoch auch auf das Datenmaterial aus dem Interview und interessante Ereignissen aus der Dialog-Konsens-Sitzung zurückgegriffen.

Folgende Abbildung gibt einen Überblick der Erhebungs- und Validierungsphase:



**Abb.2:** Zeitplan der durchgeführten Forschungsphasen

Vor der Durchführung der Interview- und Struktur-Lege-Sitzungen gab es eine Vorbereitungsphase. Ganz am Anfang stand eine ausführliche Literatur-Recherche im Mittelpunkt. Mithilfe von Fachliteratur aus Bibliotheken und Online-Datenbanken (hauptsächlich Livivo, DIMDI, KVK und SSOAR) eignete ich mir die theoretischen Grundlagen zu den Themen Stigmatisierung, Schizophrenie und dem FST an. Darauf aufbauend erstellte ich einen Interview-Leitfaden, den ich nach dem Pretest<sup>66</sup> noch geringfügig anpasste. Die Durchführung der beiden Interview-Sitzungen<sup>67</sup> dauerte etwa 70 bzw. 60 Minuten (reine Interviewzeit: ca. 40 und 35 Minuten). In der jeweils folgenden Woche wurden die Interviews, welche ich mit einem Audio-Recorder aufgenommen hatte, transkribiert<sup>68</sup> und anschließend mit zusätzlicher Verwendung des Postskripts analysiert. Wichtige Begriffe und Konzepte schrieb ich auf Kärtchen, die ich mit Hilfe von

zeptkarten durch den/die Versuchsleiter/in durch den Einsatz reduktiver Strategien der Textverarbeitung [...] oder inhaltsanalytische Verfahren [...] methodisch stärker zu kontrollieren und intersubjektiv nachprüfbar zu machen.“ (Christmann, Groeben, Schreier 1999: 146). So finden meist Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse Anwendung. In diesem Zuge sei auf die Dissertation von Rosen (2010) verwiesen.

<sup>65</sup> Für die Transkription habe ich mich an das „Einfache Transkriptionssystem“ von Dresing und Pehl (2013: 20ff.) gehalten. Zur technischen Umsetzung griff ich auf die Software MAXQDA 12 zurück. Weiterführende Informationen zu diesem Programm sind auf der Internetseite [www.maxqda.de](http://www.maxqda.de) einsehbar.

<sup>66</sup> Der Pretest wurde zwei Tage vor Durchführung des ersten Interviews an einer Person getestet, die aufgrund von Depressionen Stigmatisierung erlebt hatte. Er diente der Selbstbeobachtung und der Überprüfung der Fragen. Durch die Rückmeldung der Testperson, sowie meine Eigenreflexion, nahm ich einige Änderungen im Leitfaden vor: Fragen wurden gestrichen, umformuliert oder neu hinzugefügt.

<sup>67</sup> Die Dokumente, welche ich für die Durchführung der Interview-Sitzung und Kommunikativen Validierungs-Sitzung entwarf (Hinweise zur Durchführung, Informationsblatt für die UPs, Datenschutz- und Einverständniserklärung) befinden sich im Anhang 12.4.3 bis 12.4.6.

<sup>68</sup> Die Transkripte beider Interviews sind im Anhang 12.5 abgebildet.

Relationsbegriffen<sup>69</sup> in Beziehung brachte und damit einige SLB entwarf. In der folgenden Sitzung stellte ich die SLB vor und modifizierte diese in einem Dialog-Konsens mit der jeweiligen Person. Diese Struktursitzungen dauerten 90 und 70 Minuten. Die hierbei entstandenen SLB fotografierte ich, um sie für die weitere Arbeit nutzen zu können. Alle Schritte wurden von mir persönlich durchgeführt.

Bei allen Treffen versuchte ich die Situation angemessen zu gestalten. Die Umgebung soll vertraut sein und möglichst wenig Ablenkung bieten. Die Atmosphäre soll offen gestaltet sein, um die UP zum Reden zu animieren. Dabei hielt ich mich an Lamneks (2010: 322ff.) Vorschläge zum Führen eines Interviews: möglichst offene Fragen, erst im Verlauf des Interviews spezifischer werden, Fragen verständlich artikulieren, zurückhaltend-interessiert agieren. Die Treffen mit Frau Schmidt<sup>70</sup> wurde in deren Privatwohnung durchgeführt, die Treffen mit Herrn Maier in den Büros der sozialen Einrichtung, welche das ABW leistet. Hier war zusätzlich der Betreuer der UP anwesend.

Bei der Frage nach der Stichprobe geht es auch um angestrebte Kriterien der Forschung. Geht es um Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse? Dann ist die Auswahl der Stichprobe an das Kriterium der Repräsentativität gebunden. Dieses Kriterium ist laut Helfferich (2009: 172) dann erfüllt,

„wenn die Stichprobe in ihrer Zusammensetzung nach Geschlecht, Alter und sonstigen relevanten Merkmalen, wie z.B. Bildung, Ausländeranteil oder Familienstand und Kinderzahl, der Zusammensetzung der Grundgesamtheit entspricht.“

Für qualitative Stichproben jedoch sei die Repräsentativität kein gutes Kriterium, da selten sichere Aussagen über die Zusammensetzung der Grundgesamtheit getroffen werden können. Da es sich bei vorliegender Arbeit um eine explorative Forschung handelt, die exemplarisch die ST zweier Personen untersucht, gab es lediglich folgende Kriterien zur Personenwahl:<sup>71</sup>

- Die Person muss die Diagnose Schizophrenie haben, selbstständig in einer Wohnung leben und am öffentlichen gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Eine akute psychotische Episode sollte nicht vorliegen.
- Die Person muss einen Zugang zu ihren Gedanken haben und diese auch in Worte fassen können. Dazu sind gute Deutschkenntnisse hilfreich.

---

<sup>69</sup> Zur Erstellung der SLT verwendete ich die Struktur-Lege-Regeln nach Scheele, Groeben und Christmann (1992: 152ff.) mit Ergänzungen von Christmann und Groeben (1990: 128), siehe A.12.6.1, Abb.11.

<sup>70</sup> Namen beider UPs wurden aus Gründen des Datenschutzes und der Anonymität von mir in Frau Schmidt und Herr Maier geändert.

<sup>71</sup> Die Fallauswahl wurde bewusst, und somit anhand der Top-down-Strategie, durchgeführt. Die Kriterien standen bereits vor Untersuchungsverlauf fest. Um eine gewisse Vergleichbarkeit herzustellen, wurde eine homogene Zusammensetzung der Stichprobe gewählt, das heißt, es handelt sich um gleichartige Fälle. Außerdem sind es keine Extremfälle oder abweichende und kritische Fälle, sondern sogenannte typische Fälle (Hussy, Schreier und Echterhoff 2013: 191). Beide UPs haben die Diagnose Schizophrenie. Sie sind 40 und 56 Jahre alt und nehmen ABW im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII in Anspruch. Das heißt, sie wohnen selbstständig – entweder mit PartnerIn oder in einer Wohngemeinschaft – und haben wöchentlich Kontakt zu einer Bezugsperson.

In Absprache mit den BetreuerInnen des ABWs nahm ich via Email Kontakt zu den UPs auf. Sie wurden über Inhalt und Umfang der Forschung aufgeklärt und um Einwilligung gebeten. Nach diesen ‚Vorgesprächen‘ und der darauf folgenden Zustimmung der Personen folgte die Terminfindung und die bereits erläuterten Erhebungs- und Validierungsphasen. Dabei war mir wichtig, den Personen gemäß den Prinzipien des FST klar zu machen, dass ich sie als ExpertInnen ihrer Selbst- und Weltsicht ansah. So lief die Durchführung der Forschungsarbeit weitestgehend reibungslos und ohne Zwischenfälle ab. Die Ergebnisse werden in Kapitel fünf näher erläutert. Zuvor soll begründet werden, weshalb ich mich für das FST und den dazugehörigen Methoden entschieden habe.

#### **4.5 Begründung der Methodenwahl**

Im Folgenden möchte ich erläutern, aus welchen Gründen ich mich für die jeweilige Erhebungs- und Auswertungsmethode entschieden habe. Grundsätzlich bietet sich für die vorliegende Untersuchung die qualitative Sozialforschung an, da es sich um ein exploratives und indikatives Vorgehen handelt, das die subjektive Sicht der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt. Aus diesem Grund stellt das FST die Methodologie für meine Untersuchung dar. Das diesem Forschungsprogramm zugrunde liegende epistemologische Menschenbild betont die achtsame und respektvolle Haltung der Forschenden, bezieht die Befragten bewusst in den Prozess mit ein und beachtet die eigene Subjektivität. Die Rekonstruktion der ST beruht nicht in erster Linie auf der Interpretation und Außenbeobachtung der Forschenden. An erster Stelle steht die Innensicht der UPs. Sie werden in den Prozess miteinbezogen und als UPs ernstgenommen (Schlee 1988a: 27). Wenn es um die Frage geht, welche Forschungsmethode gewählt wird, gibt es einige Entscheidungsschritte, die im Voraus geklärt werden müssen. Zu Beginn steht die Frage nach dem Forschungsgegenstand, denn Gegenstand und Methode stehen in einer Abhängigkeit zueinander. Laut Helfferich (2009: 168) gibt es sowohl eine inhaltliche als auch theoretisch-methodologische Fassung: in unserem Falle ST zu Stigmatisierungserfahrungen bei Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind. Ist der Forschungsgegenstand geklärt, kann die passende Erhebungs- und Auswertungsform gewählt werden. Um meine Forschungsfrage beantworten zu können habe ich mich für das halbstandardisierte Interview nach Scheele und Groeben entschieden. Dieses werde ich mit Hilfe eines Leitfadens durchführen. Die Erläuterungen von Helfferich (2009: 179) zum Anwendungsbereich von Leitfaden-Interviews untermauern die Wahl der Erhebungsmethode. Demnach eignen sich Leitfaden-Interviews, wenn

„einerseits subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren sind und so maximale Offenheit gewährleistet sein soll, und wenn andererseits von den Interviewenden Themen eingeführt werden sollen und so in den offenen Erzählraum strukturierend eingegriffen werden soll.“ (ebd.: 179)

Ziel des Interviews sind demnach nicht große Fallzahlen und statistisch aussagekräftige Auswertungen, sondern das beispielhafte Rekonstruieren individueller ST. Durch das Verwenden von verschiedenen Fragetypen kann sowohl das explizite als auch das implizite Wissen der Befragten erhoben werden. Wichtig ist mir vor allem, dass durch die Interviewart sowohl ein großer Erzählspielraum gewährleistet ist als auch die Möglichkeit bestimmte Themengebiete anzusprechen.

Da bereits im Vorfeld Kontakt zwischen den UPs und mir bestand, war eine gewisse Vertrauensbasis vorhanden, was gemäß dem epistemologischen Menschenbild als Subjekt-Subjekt-Beziehung förderlich ist (Scheele und Groeben 1988: 23). Konfrontationsfragen setzte ich bewusst selten ein um das Vertrauen nicht zu gefährden. Stattdessen nutzte ich immer wieder „weiche Techniken der Kommunikation und Metakommunikation“ (Scholl 2015: 133), um eine ideale Sprechsituation aufrecht zu erhalten.

Da es sich beim Forschungsgegenstand um die Wahrnehmung der Selbst- und Welt-sicht handelt, bietet sich außerdem eine SLT an. Hierbei habe ich mich für die Heidelberger SLT entschieden. Um die Anwendbarkeit so einfach wie möglich zu halten, habe ich mich dazu entschlossen, die Anzahl der Karten sowie die Auswahl der strukturellen Beziehungen in einer überschaubaren Größe zu halten. Außerdem habe ich den Weg gewählt, das SLB selbst zu entwerfen um dieses dann gemeinsam mit der UP zu überarbeiten – anstatt das Entwerfen den Personen selbst zu überlassen. Die Hauptgründe für dieses Vorgehen waren der zeitliche Aufwand sowie der recht hohe Anspruch an dieses Verfahren. Da beide UPs durch ihre Krankheit und die eingenommene Medikation mental eingeschränkt sind, schien es mir sinnvoller, das Entwerfen des SLB selbst zu übernehmen, auch wenn dadurch möglicherweise eine Beeinflussung der rekonstruierten Innensicht meinerseits stattfand. Um dies weitestgehend zu verhindern, war es mein Anliegen, die UPs so stark und aktiv wie möglich in den Rekonstruktionsprozess miteinzubeziehen. Durch mehrmaliges Nachfragen und Hinterfragen meiner im Vorfeld entworfenen SLB kam es während der Dialog-Konsens-Sitzung dazu, dass neue Kärtchen beschrieben wurden und die alten SLB teilweise abgeändert oder ergänzt wurden. Nachdem nun erläutert wurde, welche Methodologie der vorliegenden Forschungsarbeit zugrunde liegt, warum die jeweiligen Methoden gewählt wurden und wie sie durchgeführt wurden, soll nun in einem letzten Schritt auf einen meiner Meinung nach durchaus wichtigen Aspekt eingegangen werden: die Forschungsethik.

#### **4.6 Forschungsethik**

Am Ende des Kapitels über die empirische Forschung soll der Aspekt der Forschungsethik erwähnt und kurz erläutert werden. Schnell und Heinritz (2006: 17) definieren Forschungsethik wie folgt:

„*Forschungsethik* befasst sich mit der Frage, welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an de-

nen der Forscher forscht. Sie befasst sich zudem mit den Maßnahmen, die zum Schutz der an einer Forschung teilnehmenden Person unternommen werden sollte, sofern dieses als notwendig erscheint.“

In der Sozialforschung haben die ForscherInnen mit zum Teil vulnerablen Menschen zu tun. Aus diesem Grund gibt es etablierte sowie ethische Richtlinien, die eingehalten werden müssen. Bspw. muss die Teilnahme freiwillig geschehen, Vertraulichkeit und Datenschutz müssen vorausgesetzt sein und mögliche Verletzungen oder Schäden sollen vermieden werden. Bei all diesen Punkten ist der Blick auf die Vulnerabilität<sup>72</sup> der befragten Personengruppe unabdingbar. Schnell und Heinritz (2006: 43) führen eine Faustregel an, die besagt, dass eine Forschung umso behutsamer durchgeführt werden muss, je vulnerabler die befragte Person ist.

In der vorliegenden Arbeit wurden zwei an Schizophrenie erkrankte Personen in einem Interview zum Thema Stigmatisierung befragt. Da es sich um ein emotionales Thema handelte und die Personen als vulnerabel einzustufen waren, war es mir ein Anliegen die Forschungsethik zu beachten. Schnell und Heinritz (2006: 22f.) stellen insgesamt acht Prinzipien<sup>73</sup> für die Grundsätze der Forschungsethik auf. Davon wurden mir drei Prinzipien (Prinzipien vier bis sechs), die sich hauptsächlich mit der Vulnerabilität der ProbandInnen befassen, besonders wichtig. Erstens muss ich als Forscherin einschätzen, ob mein Forschungsvorhaben negative oder positive Auswirkungen auf die Befragten haben könnte. Dazu gehört auch die Bereitschaft, während eines Interviews zuzuhören, auch wenn das Gesagte für die Forschungszwecke nicht relevant zu sein scheint. Zweitens ist es wichtig, vor der Durchführung abzuschätzen, welche Verletzungen oder Schäden möglicherweise auftreten können. Sollten die Folgen gegen die Menschenrechte verstoßen, darf die Forschung erst gar nicht durchgeführt werden. Drittens muss ich als Forscherin bei eintretenden Verletzungen oder Schäden Präventions- und Interventionsmöglichkeiten zur Hand haben. Konkret heißt das, im Vorfeld zu prüfen, ob meine beiden ProbandInnen psychisch stabil genug sind für ein halbstündiges Interview und der damit verbundenen Auseinandersetzung mit einem für sie durchaus emotionalen Thema. Da

---

<sup>72</sup> Vulnerabilität gilt als Schlüsselbegriff der Forschungsethik. Schnell und Heinritz (2006: 43) geben folgende Definition: „Vulnerable (verletzte, verletzliche) Probanden sind Personen, die aufgrund ihres Alters oder ihrer eingeschränkten geistigen Fähigkeiten keine informierte Zustimmung geben können und/oder die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation durch die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben in besonderem Maße belastet oder gar gefährdet werden könnten.“

<sup>73</sup> Im Folgenden wird eine Kurzfassung der acht Prinzipien nach Schnell und Heinritz (2006: 21ff.) aufgelistet:

1. „Der Forscher muss begründen können, warum zu seinem Thema Forschung überhaupt notwendig ist.
2. Der Forscher muss erklären können, was das Ziel seiner Forschung ist und unter welchen Umständen die Probanden an ihm mitwirken.
3. Der Forscher muss das methodische Vorgehen seines Vorhabens explizieren können.
4. Der Forscher muss abschätzen können, ob seine Forschungstätigkeit ethisch relevante positive oder negative Folgen für den Probanden hat.
5. Der Forscher muss vor der Realisierung seines Vorhabens die durch eine Realisierung möglicherweise auftretende Verletzungen und Schäden abschätzen.
6. Der Forscher muss aufgrund der von ihm gemäß Prinzip 5 eingeschätzten Risiken eine ethische Prävention initiieren.
7. Der Forscher darf keine falschen Aussagen über den Nutzen seiner Forschung abgeben.
8. Der Forscher muss die geltenden Datenschutzbestimmungen beachten.“

ich beide ProbandInnen seit einem knappen Jahr kenne und im Vorfeld die Einschätzung ihrer BetreuerInnen eingeholt habe, kam ich zu dem Entschluss, dass beide in ihrer momentanen Verfassung in der Lage für dieses Forschungsvorhaben sind. Natürlich besteht trotzdem die Möglichkeit eines Flashbacks, einer akut eintretenden Psychose oder einer emotionalen Überforderung. Auch ist es möglich, dass während des Interviews eine körperliche oder seelische Erschöpfung eintritt. Für diese Fälle wurde die Abmachung zwischen den BetreuerInnen und mir getroffen, das Interview abubrechen und die BetreuerInnen zu informieren. Letztlich kam es zu keiner der beschriebenen Zwischenfälle. Alle Treffen fanden wie geplant statt und verliefen größtenteils reibungslos. Jedoch bekam ich von beiden UPs die Rückmeldung, dass die erste Sitzung emotional aufwühlend empfunden wurde und in den darauffolgenden Tagen weiter über die Themen nachgedacht wurde. Zudem erfuhr ich im Nachhinein, dass bei beiden Personen zum Zeitpunkt der Treffen eine Medikamentenumstellung durchgeführt wurde, weshalb die BetreuerInnen Sorge hatten, in welchem mentalen und körperlichen Zustand ich ihre KlientInnen antreffen würde. Bis auf einige wenige Gedankenabrisse und kurze Erholungspausen wurde die Forschung davon jedoch nicht beeinflusst.

Die Information über das Forschungsvorhaben stellt zudem einen wichtigen Bereich der Forschungsethik dar. So habe ich den jeweiligen BetreuerInnen eine schriftliche Ausformulierung meiner Forschungspläne zukommen lassen, welche diese mit ihren KlientInnen ausführlich besprachen. Die KlientInnen bekamen genügend Bedenkzeit und die Möglichkeit der Rückfragen. Nachdem die mündliche Zusage eintraf, fertigte ich noch eine schriftliche Einwilligungserklärung an, die ich am Tag des Interviews gemeinsam mit den Befragten durcharbeitete, denn „ohne eine Einwilligungserklärung der Erzählperson kann ein qualitatives Interview nicht verwendet werden!“ (Helfferich 2009: 190). Zudem sicherte ich ihnen Datenschutz und Anonymisierung<sup>74</sup> zu (A.12.4.5, Abb.9).

Dieses Kapitel diente dazu einen Einblick in die Methodologie vorliegender Arbeit zu geben. Das FST wurde erläutert sowie die gewählten Methoden des halbstandardisierten Interviews und der Heidelberger SLT begründet und erklärt. Zudem wurde die Thematik der Gütekriterien und der Forschungsethik beleuchtet und die praktische Durchführung der Forschung beschrieben. Das folgende Kapitel stellt nun die Ergebnisse dieser Forschung dar. Dabei stehen vor allem die erhobenen ST der beiden UPs im Zentrum, die sich mit den Ursachen, Formen und Auswirkungen erlebter Stigmatisierung beschäftigen.

---

<sup>74</sup> Anonymisierung und Datenschutz werden im Bundesdatenschutzgesetz geregelt. Dort heißt es im §1 Abs.1: „Zweck dieses Gesetzes ist es, den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird.“ §3 Abs.6 führt weiter aus: „Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.“ (BMJV 2015)

## 5 Darstellung der Ergebnisse: Stigmatisierung von an Schizophrenie erkrankten Menschen im Kontext Ambulant Betreutes Wohnen<sup>75</sup>

Das vorliegende Kapitel stellt eine Zusammenführung von Literaturrecherche und Forschungsergebnissen dar. Die ST beider UPs bilden den Ausgangs- und Schwerpunkt, der ergänzt wird durch Ergebnisse anderer Forschungen und aktueller Literatur. So werden im Folgenden Ergebnisse zu den Gründen für Stigmatisierung, den Formen der Stigmatisierung, dem Vorkommen von Selbststigmatisierung und den Folgen der Stigmatisierung von Schizophrenie-Erkrankten präsentiert und diskutiert.<sup>76</sup>

### 5.1 Gründe für die Stigmatisierung von Schizophrenie

Der Blick in die Geschichte zeigt, dass Ausgrenzung und Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in allen Zeiten eine Rolle spielte. Im *Wörterbuch Soziale Arbeit* weist Hardtmann (2013: 694ff.) darauf hin, dass in Europa schon im Mittelalter über psychisch Kranke spekuliert wurde: „Sie galten als göttlich inspiriert oder vom Teufel besessen, wurden teils idealisiert, teils verketzert.“ Anfang des 20. Jahrhunderts begann die Euthanasiedebatte, die als Vorläufer für die Verbrechen der NS-Zeit gilt. So kam es 1939 zu „ca. 350.000 Zwangssterilisationen und ca. 100.000-200.000 Toten“ (ebd.: 694). Erst durch massiven Protest vonseiten der Kirche wurden diese Taten eingestellt. In den 1960ern entstand die Antipsychiatriebewegung, die starke Kritik an der Psychiatrie und den Anstalten übte. Nachdem 1970 eine Anordnung der Bundesregierung zur Untersuchung der Lage psychisch kranker Menschen ausging,

„kam es im Zuge der Psychiatriereform (nach der Psychiatrie-Enquete 1973-75) in der BRD [...] zu einem breit gefächerten Angebot von Hilfe und Betreuung, das über das rein medizinische hinaus ging und dem Kranken Möglichkeiten zu einer Wiedereingliederung (oder gar nicht erst Ausgliederung) in sozialen Strukturen (Familie, Beruf, Beschäftigung, Gemeinde) bereitstellte.“ (ebd.: 695)

Diese Neuausrichtung stellte die Würde der Kranken und ihr Recht auf Selbstbestimmung in den Mittelpunkt und trug dazu bei, dass Diskriminierung vonseiten der Gesellschaft langsam abgebaut wurde. Das Betreuungsgesetz von 1989, das Maßnahmen

---

<sup>75</sup> Beide UPs sind an Schizophrenie erkrankt und stammen aus dem Kontext ABW. Diese Eingrenzung wurde bewusst gewählt, um dem limitierten Umfang dieser Forschungsarbeit gerecht zu werden. Dadurch wird eine Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Krankheiten und der stationären Behandlung vorgenommen – auch wenn es beim Thema Stigmatisierung durchaus Überschneidungen und Verallgemeinerungen gibt. So wird das Thema Stigmatisierung psychiatrischer Behandlung und stationärer Aufenthalte an manchen Stellen miteinfließen.

<sup>76</sup> Interessant an dieser Stelle ist die Eigendefinition beider UPs des Begriffs *Stigmatisierung*. Frau Schmidt stellt Stigmatisierung gleich mit Nachteilen, Diskriminierung und schlechter Behandlung (A.12.6.2, Abb.20). Für Herrn Maier bedeutet stigmatisiert zu werden dasselbe wie abgestempelt und gebrandmarkt sein. Er führt drei Beispiele an: 1. Ein Diebstahl in einem arabischen Land führt dazu, dass dem Dieb die Hand abgehackt wird, 2. Ein Verbrecher im Mittelalter wird an den Pranger gestellt und 3. Ein Gefängnis-aufenthalt führt dazu, dass diejenige Person in Zukunft keinen Job mehr bekommen wird (A.12.6.3, Abb.28).



wie Heilbehandlung, Unterbringung und Vermögensangelegenheiten vor Entmündigung und Vormundschaft setzte, unterstützte diesen Abbau (Hardtmann 2013: 695). Und trotzdem tritt Stigmatisierung und Diskriminierung von Schizophreniekranken auch heute noch auf vielfältige Weise auf.

Aus welchen Gründen werden Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, stigmatisiert? Auf diese Frage fanden die UPs Frau Schmidt und Herr Maier zum Teil ähnliche, zum Teil unterschiedliche Antworten. Als eine der Hauptursachen für die Stigmatisierung sehen sie die Medienberichterstattung. Die Theorie von Frau Schmidt besagt, dass Berichte in den Medien, welche die Taten von Mördern oder Sexualstraftätern mit der Diagnose Schizophrenie erklären, zu Vorurteilen in der Gesellschaft führen (A.12.6.2, Abb.18). Das folgende SLB zeigt, dass auch Herr Maier der Meinung ist, die Darstellung von Schizophrenen in Kinofilmen, Fernsehberichten oder Zeitungsartikeln führe zu einem abschreckenden Bild. Diese Menschen werden als „Durchgedrehte“ oder „Verrückte“ dargestellt. Dabei wird verallgemeinert nach dem Motto „alle Kranken sind so“.



**Abb.27:** SLB Maier „Rolle der Medien“<sup>77</sup>

Herr Maier räumt jedoch auch ein, dass dieses abschreckende Bild in manchen Fällen durchaus zutreffen kann. Er unterscheidet deshalb zwischen Vorurteilen, die zutreffen und Vorurteilen, die nicht zutreffen. Er selbst bestätigt, dass er aufgrund seiner Erkrankung eine eingeschränkte Belastungsfähigkeit, größere Vulnerabilität und dementsprechend eine größere Empfindlichkeit aufweist. Jedoch sträubt er sich gegen die Vorurteile „gefährlich“ und „unberechenbar“, die durch die Medienberichterstattung geschürt werden. Er entkräftet diese Vorurteile mit dem Hinweis auf Statistiken, die besagen, dass Menschen mit Psychosen nicht häufiger Straftaten begehen als andere und somit nicht gefährlich seien (A.12.6.3, Abb.26). Auch Frau Schmidt beteuert, dass Menschen mit Schizophrenie im Grunde „harmlos“ und „friedlich“ seien. Sie gibt jedoch zu, dass sie – bevor sie selbst erkrankte – der Meinung war, Schizophrene seien unberechenbar,

<sup>77</sup> Dieses SLB soll hier als Beispiel abgebildet werden. Aus Platzgründen werden alle folgenden SLB jedoch nur im Anhang abgedruckt sein und im Text als Verweise erscheinen.

würden um sich schlagen und schreien und müssten deshalb festgebunden werden. Heute sieht sie überwiegend die folgenden Eigenschaften von Schizophrenen: depressiv, niedergeschlagen und zurückgezogen (A.12.6.2, Abb.13). Sie beschreibt die Krankheit Schizophrenie mit „Fantastereien, Einbildungen und Halluzinationen“. Dazu gehören für sie auch falsche Gedanken, Geräusche und Alpträume. Je stärker diese Dinge auftreten, desto mehr Angst empfindet sie. Sie nennt diese Zustände „furchtbar“ und „Gefühl von Folter“ (A.12.6.2, Abb.12). Herr Maier beschreibt die Krankheit mit den Begriffen „Halluzinationen, Wahnvorstellung, Psychose“. Er erklärt:

„Das ist für mich wie so Tagträume, aber 10mal, 100mal intensiver wie ein Tagtraum den man haben kann. Oder es ist wie so ein Träumen, das man nachts hat, das GLEICHZEITIG am Tag auch da ist und das man für wahr hält.“ (A.12.5.2, S.26, Z.392ff.).

Außerdem grenzt er sich ganz klar von der Gleichstellung der Schizophrenie mit den Attributen „Verstand verloren, durchgedreht und irreversibel“ ab (A.12.6.3, Abb.23).

Somit sind die UPs der Meinung, dass es vor allem die Berichterstattung der Medien und die bestehenden Vorurteile sind, die als Gründe für Stigmatisierung genannt werden können. Sie führen zu Verallgemeinerungen und abschreckenden Bildern über Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind.<sup>78</sup>

Auch Finzen geht auf die Gründe von Stigmatisierung der Krankheit Schizophrenie ein. Er beschreibt die Krankheit als „unverstandene psychische Störung [...] ein Leiden, das Angst macht“ (Finzen 2013: 20). Damit scheint die Krankheit für viele Menschen nicht greifbar zu sein, was als Folge eine Unsicherheit im Umgang mit den Betroffenen mit sich bringt. Ergänzend dazu erklärt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, dass es durch den bestehenden Informationsmangel zu „falschen Vorstellungen von der Erkrankung und distanzierten, misstrauischen bis ablehnenden Einstellungen gegenüber den Betroffenen“ komme (Gaebel und Wölwer 2010: 19).

Maß (2010: 11ff.) beschreibt die Entwicklung des Schizophreniekonzeptes und sieht darin die Entstehung von Vorurteilen gegenüber der Krankheit Schizophrenie. Von Emil Kraepelin stammt die Bezeichnung *Dementia praecox*, was übersetzt so viel wie *vorzeitige Verblödung* heißt. Dies führte dazu, dass die Krankheit von der Öffentlichkeit als unheilbar angesehen wurde. Eugen Bleuler führte schließlich den Begriff *Schizophrenie* ein. Damit wollte er verdeutlichen, dass es sich um eine kognitive und affektive Störung handelt. Die Gesellschaft übersetzte den Begriff jedoch mit *gespaltene Persönlichkeit*, was wiederum den Blick auf die Krankheit beeinflusste. Zudem führte die Einführung von Schneiders *Symptome ersten Ranges*, die aus Wahn und Halluzinationen bestehen, dazu, dass die Krankheit vorwiegend mit *Verrücktheit* beschrieben wur-

---

<sup>78</sup> Aydin und Fritsch (2015) sprechen in diesem Zusammenhang auch vom sog. *Fremdgruppenhomogenitätseffekt*. Sie erklären: „Wenn eine Person demnach Vorbehalte und Ängste gegenüber Menschen mit Schizophrenie hat, wird diese Person alle Schizophrenen als homogen in Bezug auf die negativen Eigenschaften wahrnehmen und somit allen Schizophrenen negative Eigenschaften zuschreiben.“ (ebd.: 248)

de. So entstand über die Jahre hinweg ein Stereotyp von Schizophrenie-Erkrankten: eine unheilbar kranke, verrückte Person mit gespaltener Persönlichkeit.

Finzen (2013: 22) prägte in diesem Zusammenhang die Idee von der *Schizophrenie als Metapher*. Er ist der Meinung, dass der Begriff Schizophrenie weit mehr als eine bloße Krankheitsbezeichnung darstelle.

„Schizophrenie als Metapher ist ausschließlich abwertend. Sie nährt Vorstellungen von Unberechenbarkeit und Gewalttätigkeit, von unverständlichem, bizarrem oder widersinnigem Verhalten und Denken. [...] Schizophrenie signalisiert Gefahr. Damit führt das Wort >>Schizophrenie<<, wenn es nicht in seinem ursprünglichen Sinn als Krankheitsbezeichnung verwendet wird, mittels einer Bedeutungsverengung von der Metapher geradewegs zum Stigma.“ (ebd.: 25)

Aussagen wie „Das ist doch schizophran“ können demnach zu einer direkten Diffamierung des Begriffs Schizophrenie und in Folge dessen zur Stigmatisierung führen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die UPs als Hauptgründe für Stigmatisierung die Medien und bestehende Vorurteile in der Gesellschaft benennen. Ergänzend aus der Literaturrecherche können an dieser Stelle die Unsicherheit und Angst der Bevölkerung im Umgang mit Schizophrenen, mangelndes Wissen über die Krankheit sowie falsche Assoziationen mit dem Begriff *Schizophrenie* genannt werden.

## 5.2 Formen der Stigmatisierung von Schizophrenie

In Kapitel 2.4 wurde der Stigmatisierungsprozess erläutert. In Anwendung auf die Personengruppe der an Schizophrenie-Erkrankten könnte er wie folgt aussehen: Ein Unterschied wird wahrgenommen. Als Folge wird ein Etikett (z.B. Diagnose Schizophrenie) vergeben. Dieses Etikett wird mit negativen Stereotypen (z.B. gefährlich) verbunden. Durch diese Vorurteile wird das Ausgrenzen der betroffenen Person gerechtfertigt. Schließlich erleben Betroffene soziale Distanz, Diskriminierung und Stigmatisierung.

An dieser Stelle sei ein Blick in die Stigma-Forschung gewagt. Sowohl international als auch national gibt es diverse Forschungsgruppen und Studien, die sich mit dem Thema Stigmatisierung beschäftigen. Die meisten haben allerdings die Einstellungsforschung im Zentrum, also die Sicht der Gesellschaft auf eine bestimmte Personengruppe. Selten geht es um die Betroffenen selber. Im deutschsprachigen Raum kann in Bezug auf Forschungen, die Stigmatisierung psychischer Krankheiten und im Besonderen Schizophrenie als Gegenstand haben, vor allem auf die Forschungsgruppe um Angermeyer, Holzinger, Matschinger, Schomerus und Schulze hingewiesen werden.<sup>79</sup> Eine relevante Studie, die sich mit dem Erleben von Stigmatisierung aus Sicht der Betroffenen be-

<sup>79</sup> In einem Artikel weisen sie auf die negative Entwicklung der Einstellung der Gesellschaft gegenüber Schizophrenen hin. Durch Vergleichsdaten aus den Jahren 1990 und 2011 wurde sichtbar, dass Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, heute mehr Ablehnung erfahren als noch vor 20 Jahren. Das Ergebnis der Umfrage aus dem Jahr 2011 zeigt, dass mehr Menschen eine Zusammenarbeit mit Schizophrenen ablehnen als 1990 (Anstieg von 20% auf 31%). Die Verweigerung, eine betroffene Person für ein Jobangebot vorzuschlagen, stieg von 44% auf 63%. Auch die Ablehnung, Schizophrenieerkrankte einem Freund vorzustellen, stieg von 39% auf 53%. Während 1990 19% der Befragten ablehnten, Schizophrenieerkrankte als NachbarInnen zu haben, sind es 2011 bereits 29%. Positive Reaktionen wie Hilfsbereitschaft oder Mitleid nahmen hingegen ab (Angermeyer, Matschinger und Schomerus 2013: 149).

schäftigte, stellt die Fokusgruppenstudie von Schulze und Angermeyer (2003) dar. Als bedeutendes Ergebnis nannten die ForscherInnen vier Bereiche subjektiv erlebter Stigmatisierung von Schizophreniekranken: interpersonelle Interaktion (49%), Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit (19,7%), strukturelle Diskriminierung (18,3%) und Zugang zu sozialen Rollen (13%) (ebd.: 303). Darauf aufbauend folgte die Studie *Stigma aus der Perspektive schizophren und depressiv Erkrankter*. Hier wurden als häufigste Stigmatisierungserfahrungen Ablehnung, Kontaktabbruch, negative Berichterstattung und Bewerbungsabsagen genannt (Holzinger, Beck und Munk 2003: 395ff.).<sup>80</sup>

Ausgehend von den Ergebnissen der Fokusgruppenstudie von Schulze und Angermeyer und den ST meiner beiden UPs möchte ich nun im Folgenden unterschiedliche Formen der Stigmatisierung von Schizophrenieerkrankten darstellen.<sup>81</sup>

### 5.2.1 Interpersonelle Interaktion

Stigmatisierung in diesem Bereich wird in direkter Interaktion mit anderen Menschen erlebt. Sehr häufig sind diese Erfahrungen von Ablehnung, sozialer Ausgrenzung oder Kontaktvermeidung gekennzeichnet. Die Ablehnung durch andere bekam Frau Schmidt hauptsächlich durch Beschimpfungen und Beleidigungen zu spüren. Bezeichnungen wie „Schmarotzer“ und „Drecksau“ (A.12.6.2, Abb.17) musste sie sich sowohl von Familie als auch Nachbarschaft anhören. Dazu kamen Vorwürfe, wie z.B. faul, unwissend, verrückt, anders und zu nichts zu gebrauchen zu sein (A.12.6.2, Abb.15; Abb.16). Diese Beleidigungen und Beschimpfungen erlebte Frau Schmidt vorwiegend als Reaktion auf das Preisgeben ihrer Diagnose<sup>82</sup> (A.12.6.2, Abb.15) und die Tatsache, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung keiner Arbeit nachgehen kann (A.12.6.2, Abb.20). Auch Herr Maier musste negative Reaktionen auf das Bekanntgeben seiner Diagnose erleben. Seine Familie erlebte einen „Schock“. Sie waren der Meinung, er sei im Wahn gefangen und sie hätten ihn nun verloren. Bei einem Freund erlebte Herr Maier einen Vertrauensbruch, da dieser seine Diagnose weitererzählte. Er schildert:

„[...] DER hat das dann prompt einem anderen entferneren Freund erzählt und der hat sich dann über mich lustig gemacht und da war dann so eine Art von Spott da-

---

<sup>80</sup> Eine ähnliche Studie von Thornicroft u.a. (2009: 408ff.) untersuchte die erlebte Diskriminierung von Schizophrenieerkrankten in 27 Ländern. Knapp die Hälfte aller Befragten gab an, aufgrund ihrer Diagnose negative Erlebnisse gemacht zu haben. Folgende Bereiche wurden am häufigsten genannt: beim Freundschaften eingehen oder halten (47%), von Familienmitgliedern (43%), bei der Arbeitssuche (29%), beim Arbeitsplatzverlust (29%), in Liebesbeziehungen (27%). Diese Ergebnisse stimmen zum Großteil mit den Studien aus Deutschland überein.

<sup>81</sup> Bei der Auswertung gab es immer wieder Überschneidungen der vier Bereiche. Manche Stigmatisierungserfahrungen ließen sich nicht eindeutig einem Bereich zuordnen oder hatten unterschiedliche Facetten, die in mehreren Bereichen aufgegriffen werden konnten. Aus diesem Grund können inhaltliche Doppelungen oder leichte Überschneidungen vorkommen.

<sup>82</sup> Hier soll nicht unterschlagen werden, dass Frau Schmidt durchaus auch positive Reaktionen auf die Bekanntgabe ihrer Diagnose erlebt hat. So bekam sie von ihrer Familie letztlich mehr Verständnis und Beachtung. Auch die Tatsache, dass sie durch ihre Diagnose Zugang zu den Leistungen nach §53 SGB XII bekam, sieht sie als großen Gewinn und starke Entlastung (A.12.6.2, Abb.14). Selbiges gilt im Übrigen auch für Herrn Maier. Auch er erlebte von den meisten Familienangehörigen und FreundInnen Fürsorge, Verständnis und Beistand als Reaktion auf das Preisgeben seiner Erkrankung (A.12.6.3, Abb.25).

bei oder so. Das war eigentlich EIN Punkt, wo ich denke, das war wirklich schlecht oder das war wirklich unangenehm.“ (A.12.5.2, S.21, Z.100ff.)

Außerdem sieht Herr Maier eine Stigmatisierung durch sprachliche Diskriminierung. Die Zuschreibung „verrückt“, die durch Verallgemeinerung auf alle Schizophrenie-Kranken angewandt wird, beeinflusst die Begegnungen und Interaktionen mit anderen, da diese aus Angst und Unsicherheit auf Abstand gehen und Kontakte eher meiden (A.12.6.3, Abb.28).<sup>83</sup>

In der Interaktion mit ÄrztInnen erlebte Frau Schmidt teilweise schlechte Behandlungen, die durch falsche Diagnosen und lange Wartezeiten gekennzeichnet waren. Aber auch Beleidigungen, Bevormundungen und fehlendes Zutrauen vonseiten der ÄrztInnen wurden von ihr als Form der Stigmatisierung wahrgenommen (A.12.6.2, Abb.20).<sup>84</sup>

Baer (2010: 21f.) beschreibt drei typische Gruppen von Diskriminierung in der interpersonellen Interaktion, die zum Teil auch von den UPs genannt werden: 1. Unverständnis, Distanz, 2. Drohung, Kritik und 3. Besondere Schonung.<sup>85</sup> Neben sprachlicher Diskriminierung, Beleidigungen und Vorwürfen, Hohn und Spott, Unverständnis oder Drohung kann es leider auch zu körperlicher Gewalt kommen. Finzen (2013: 31) bemerkt, dass solche gewalttätigen Übergriffe überwiegend bei sichtbar körperlich oder geistig Behinderten auftreten. Doch auch Frau Schmidt kann von solchen Erlebnissen berichten: „Also beschimpft hat mich meine Mutter am meisten (...) und auch geschlagen. Auch wo ich erwachsen war [...] Und mein Bruder hat mich geschüttelt [...]“ (A.12.5.1, S.13, Z.167ff.; A.12.6.2, Abb.20). Daneben spielen auch Unverständnis und Schuldzuweisungen eine große Rolle in der Interaktion. Die Meinung, Schizophrenie seien selbst schuld an ihrer Erkrankung, ist weit verbreitet und führt zu einer ablehnenden und abweisenden Haltung (Amering und Schmolke 2012: 226).

Außerdem beschreibt Frau Schmidt, dass sie wenig Zuwendung erlebe. Sie führt dies darauf zurück, dass viele denken, sie wäre aufgrund ihrer Erkrankung beziehungsunfähig (A.12.6.2, Abb.20). Viele Betroffene müssen deshalb die schmerzliche Erfahrung

---

<sup>83</sup> In diesem Zusammenhang wurde in Kap. 2.5 auf die Soziale Distanz eingegangen. Sie zeigt sich darin, wie weit die Gesellschaft bereit ist, sich auf psychisch kranke Menschen im Alltag direkt einzulassen (Amering und Schmolke 2012: 232). In Bezug auf Menschen, die an Schizophrenie leiden, ist diese Soziale Distanz besonders stark ausgeprägt (Angermeyer, Matschinger und Schomerus 2013: 149).

<sup>84</sup> Im Kontakt mit ÄrztInnen wird auch davon berichtet, dass eigene Sichtweisen nicht wirklich ernst genommen werden und meist wenig bis kein Interesse für die jeweilige Person und ihre Vorgeschichte vorhanden ist. Hier sei auf eine Studie von Peitl u.a. (2011: 141ff.) hingewiesen, die zum Ergebnis hatte, dass Vorurteile – und infolge dessen Stigmatisierung – nicht nur in der Allgemeinbevölkerung vorkomme, sondern ebenso bei professionell Pflegenden. Hier beeinflussen Ängste und bizarre Vorstellungen von Schizophrenen den pflegerischen Umgang, der dadurch von Zurückhaltung, Misstrauen und Vorsichtsmaßnahmen geprägt ist. Die Studie besagt, dass sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch die psychiatrisch Tätigen der Meinung seien, Schizophrenie können wenig Verantwortung übernehmen und keinen anspruchsvollen oder riskanten Beruf ausüben. Auch Horsfall u.a. (2010: 453) weisen auf Studien hin, die belegen, dass den PatientInnen während einer Behandlung unterschwellig vermittelt wird, dass man sie nicht für voll nehmen und schnellstmöglichst abhandeln wolle. Als Folge dessen fühlen sich die PatientInnen von ihren ÄrztInnen und BetreuerInnen nicht ernstgenommen, gedemütigt, zurückgewiesen. Gefühle von Scham und Hilflosigkeit sind meist die Folge (ebd.: 453).

<sup>85</sup> Diese Einteilung entstammt einer Studie aus der Schweiz, die sich mit diskriminierenden Erfahrungen psychisch kranker Menschen an deren Arbeitsstelle befasste. Die Ergebnisse lassen sich meiner Meinung nach jedoch auch auf die allgemeinen Stigmatisierungserfahrungen von Schizophreniekranken übertragen.

machen, dass sich ihre sozialen Kontakte nach Bekanntgabe der Diagnose merklich reduzieren. Häufig konzentrieren sich diese Kontakte auf Bekanntschaften innerhalb der Psychiatrie-Szene. So hatte Frau Schmidt bspw. in der Zeit als sie stationär betreut wurde fast ausschließlich Kontakt zu anderen PatientInnen (A.12.5.1, S., Z.141ff., S., Z.219ff.). Und auch Herr Maier beschreibt, dass sich seine Kontakte neben Familie und wenigen guten FreundInnen auf die Wohngemeinschaft und Beziehungen in der Tagesstätte für psychisch kranke Menschen beschränken (A.12.5.2, S.22, Z.117ff.).<sup>86</sup> Scheinbar beginnen also viele Erkrankte, die soziale Ausgrenzung erleben und über ihre Krankheit definiert und darauf limitiert werden, sich unter Gleichgesinnte zu begeben.

Frau Schmidt erwähnt zudem die Tatsache, dass häufig alle Arten von Auffälligkeiten und negativen Eigenschaften auf die Krankheit zurückgeführt werden. Jedoch können auch gesunde Menschen aggressiv werden, wenn man sie provoziere: „Jeder kann ausflippen.“ (A.12.5.1, S.16, Z.360).

Es sind also hauptsächlich Erfahrungen der Ablehnung, Bevormundung, Beschimpfung und Kontaktvermeidung, die Betroffene in interpersonellen Interaktionen erleben und als Stigmatisierung wahrnehmen.

### 5.2.2 Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit

Das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit wurde in Kapitel 5.1 bereits angerissen. Hier wurden vor allem die Medien als Ursache der Entstehung von Stigmatisierung benannt. Dabei bleibt es jedoch nicht. Die Berichterstattung in den Medien und die damit verbundene negative Darstellung von Schizophrenen werden nicht nur als Ursache, sondern auch als direkte Form der Stigmatisierung wahrgenommen.

Für Frau Schmidt ist die Gleichsetzung aller psychisch Kranken mit „Mörder“ und „Sexualstraftäter“ stigmatisierend. Diese Vorurteile stimmen in der Regel nicht. So beschreibt sie sich als eine Person, die weder gefährlich noch gewalttätig oder aggressiv ist (A.12.6.2, Abb.18; A.12.5.1, S.16, Z. 360ff.). Trotzdem merke sie, dass sie das Vorurteil „gefährlich“ und „gewalttätig“ manchmal selbst übernehme und auf ihren Mann, der ebenfalls an Schizophrenie erkrankt ist, anwende. So antwortet sie auf die Frage, ob diese Vorurteile denn stimmen würden:

„[...] im Fernsehen kommen ja in den Nachrichten „psychisch krank“ und so, dass man meint, die sind unberechenbar. (...) Das meine ich auch beim Hubert manchmal. Habe ich gedacht, weil einmal hat die Therapeutin, das war in Musterstadtteil, wo wir gewohnt haben, und die hat gesagt, der wechselt von 0 auf 100. Dann hat sie gemeint, er sei arg krank (...) [...] einmal habe ich Angst gehabt vorm Hubert. Der hat gesagt: „Nimm dich in Acht.“ Weil er hat irgendwas kaputt gemacht und dann hat er zu mir gesagt: „Nimm dich in Acht.“ Und dann hab ich auch auf

---

<sup>86</sup> Herr Maier berichtet in diesem Zusammenhang von Nebenwirkungen der Medikamente, die er einnehmen muss, welche zwar in diesem Sinne keine klassische Stigmatisierung darstellen, sich jedoch störend auf die Interaktion mit anderen Menschen auswirken. Er spricht hauptsächlich von einem großen Schlafbedürfnis, Gewichtszunahme, Erschöpfungsanfällen und Konzentrationsschwierigkeiten (A.12.6.3, Abb.24; A.12.5.2, S.26, Z.359ff.). Diese Nebenwirkungen machen sich in der Interaktion mit anderen bemerkbar und können wiederum deren stigmatisierendes Verhalten bestärken und rechtfertigen.

dem Sofa geschlafen und habe bisschen Ängste gehabt, ist er  
tig?“ (A.12.5.1, S.16, Z.339ff.)

Auch Herr Maier bestätigt die Stigmatisierung durch das Bild, das die Medien in der Öffentlichkeit von Schizophrenen prägen. Für ihn sind es vor allem Kinofilme, Fernsehberichte und Zeitungsartikel, die zu einem abschreckenden Bild führen. Auch wenn die Bezeichnungen „Durchgedrehte“ und „Verrückte“ in einigen wenigen Fällen zutreffen können, empfindet er die Verallgemeinerung „alle Kranken sind so“ als stark stigmatisierend (A.12.6.3, Abb.27). Er begründet:

„Aber, ich glaube in den häufigsten Fällen - ich weiß gar nicht, ob es da eine Statistik gibt/ ich habe da mal was gelesen, aber ich weiß es nicht mehr genau, dass halt psychisch kranke Menschen oder Leute, die Psychosen oder Schizophrenie haben oder gehabt haben, dass die nicht unbedingt gefährlicher sind, wie der Rest der Bevölkerung [...]“ (A.12.5.2; S.23/24, Z.226ff.)

Neben den Zuschreibungen „gefährlich, unberechenbar, verrückt, durchgedreht“ erwähnen sowohl Frau Schmidt als auch Herr Maier weitere Bilder, die über psychisch Kranke in der Öffentlichkeit bestehen und als stigmatisierend wahrgenommen werden – auch wenn sie, wie beide einräumen, individuell zutreffen können. Für Herrn Maier ist es die Gleichsetzung psychisch Kranker mit Attributen wie „nicht verlässlich“ oder „eingeschränkt belastungsfähig“ (A.12.6.3, Abb.26). Vor allem die Überzeugung der anderen, er sei „zu nichts zu gebrauchen“ und nicht so leistungsstark, empfindet er als stigmatisierend (A.12.6.3, Abb.29). Die Tatsache, dass ihm aufgrund seiner Erkrankung nicht so viel zugetraut wird, wirkt sich auch auf die Arbeitssuche aus. Hier erwähnt Herr Maier, dass er das Bild, das die Gesellschaft von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) vertritt, teilweise übernommen hat. Er empfindet es als „Plan C“ und „nicht erstrebenswert“ dort zu arbeiten. Wie auch die Meinung der Gesellschaft, so beschreibt er die Arbeit in einer WfbM als mechanisches Arbeiten, das ein geringes Niveau hat und bei dem der Intellekt kaum gefordert wird. Somit führt das Bild der Öffentlichkeit auch bei ihm zu einer Geringschätzung der Arbeit in einer WfbM (A.12.6.3, Abb.30).

Ein Aspekt, der an dieser Stelle auch aufgegriffen werden soll, ist das Bild der Öffentlichkeit von der Psychiatrie. Die Bezeichnungen „Geschlossene“, „Klapse“ oder „Irrenanstalt“ sprechen Bände. Hier sei Bezug genommen zu der bereits erwähnten Studie von Schomerus und Angermeyer (2013: 59ff.), die die Veränderung der gesellschaftlichen Sicht auf die Krankheit Schizophrenie in den Jahren 1990 und 2011 untersuchte. Ein Teil der Studie beschäftigte sich mit dem Bild, das die Öffentlichkeit von der Psychiatrie hat. Während sich das Image der Psychiatrie grundsätzlich verbesserte, blieb die Skepsis zu gemeindepsychiatrischen Angeboten bestehen (ebd.: 60).<sup>87</sup> Trotzdem, dass

---

<sup>87</sup> Schomerus und Angermeyer (2013: 60) fassen zusammen: „Man kann also schlussfolgern: Das Image der Krankenhauspsychiatrie hat sich deutlich verbessert, psychiatrische Behandlungsmethoden finden größere Zustimmung, und auch die zunehmende Ambulantisierung der Versorgung ist von der Öffentlichkeit bemerkt worden. Im gleichen Zeitraum haben sich die Einstellungen der Öffentlichkeit zu den Be-

die Psychiatrie heute in der Gesellschaft akzeptiert zu sein scheint, hat Herr Maier auch in diesem Bereich stigmatisierende Erlebnisse gemacht. Für ihn sind WfbM und Psychiatrien gleichzustellen: Orte, die „es mit allen Mitteln zu vermeiden“ gilt (A.12.5.2, S.28, Z.470/471). Der Aufenthalt in der „Geschlossenen“ oder „Klapse“ (ebd. Z.473) war für Herrn Maier herausfordernd. Er bestätigt das Bild, das viele von der Psychiatrie haben:

„Wenn ich am Sonntagabend in die Klinik zurückgekommen bin, das wirkt dann eher so nicht positiv oder erfreulich, sondern ABSCHRECKEND und vielleicht deprimierend. Weil KEINER so etwas erleben möchte eigentlich (...) Also die Leute wollen selber gesund sein, und nicht verrückt sein oder verrückt werden.“ (A.12.5.2, S.23, Z.183ff.)

In Bezug auf die Psychiatrie beschreibt Frau Schmidt es als ein Erfolgserlebnis, dass sie schon so lange nicht mehr in die Klinik musste. Ihre Aussage „Irgendwas machen wir also schon richtig.“ (A.12.5.1, S.15, Z.330) zeigt, dass ein Klinikaufenthalt in ihren Augen als negativ gewertet wird.

Die Auswirkungen, die die mediale Berichterstattung auf eine Stigmatisierung psychisch kranker Menschen haben kann, zeigte sich sehr drastisch nach den Attentaten auf die Politiker Lafontaine und Schäuble im Jahr 1990. Sowohl darauf folgende Berichterstattungen als auch Diskussionssendungen verdeutlichten, dass das Bild psychisch Kranker sowohl von der Allgemeinheit als auch von vielen eingeladenen und befragten ExpertInnen von Vorurteilen und Unwissenheit geprägt waren (Finzen 2013: 81). Besonders bemerkenswert waren die gravierenden Veränderungen in der Einstellung der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken, die durch diese Attentate und der damit verbundenen Berichterstattung einhergingen und durch Befragungen aufgedeckt wurden.<sup>88</sup> So hatten vor dem Attentat nur 20% aller Befragten Bedenken, einen an Schizophrenie erkrankten Menschen in der Nachbarschaft zu haben. Nach dem Attentat waren es fast 40%. Auch die negative Bewertung psychisch Kranker – insbesondere an Schizophrenie Erkrankten – als gefährlich, unberechenbar, unbeherrscht oder aggressiv nahm deutlich zu (ebd.: 83). Dass sich das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit seither nicht wirklich verbessert hat, haben weitere Forschungen belegt.<sup>89</sup>

---

troffenen jedoch nicht zum Positiven gewendet.“ Auch wenn sich das Image der Psychiatrie verbessert hat, so ist die starke Ablehnung der Gesellschaft, in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft psychisch Kranke aufzunehmen geblieben. Außerdem begründen die ForscherInnen das wohlwollende Bild der Öffentlichkeit von der Psychiatrie damit, dass die Menschen die psychisch Kranken dort als „gut aufgehoben“ und „bewacht“ sehen. Kliniken werden also als Schutz für die Gesellschaft wahrgenommen (ebd.: 60).

<sup>88</sup> Zufälligerweise führten Angermeyer u.a. kurz vor dem ersten Attentat eine Repräsentativbefragung zur Einstellung der Deutschen gegenüber psychisch kranken Menschen durch. Aufgrund des Attentats wurde dieselbe Befragung einige Wochen später sowie im Folgejahr noch einmal durchgeführt. Das Ergebnis machte deutlich, dass sich die Einstellung der Bevölkerung nach dem Attentat aber auch noch ein Jahr später gravierend zum Negativen verändert hatte. Vor allem die Einstellung gegenüber an Schizophrenie erkrankten Menschen war von deutlichem Misstrauen und Ablehnung geprägt (Finzen 2013: 82).

<sup>89</sup> Auf einige Studien rund um die ForscherInnen Angermeyer, Holzinger, Matschinger, Schomerus u.a. wurde bereits verwiesen. An dieser Stelle sei auf eine aktuelle Studie von Heydendorff und Dreßling (2016) hingewiesen. Sie untersuchten die auf die Germanwings-Katastrophe folgende Berichterstattungen. Zahlreiche Zeitungen beschrieben den schuldigen Kopiloten als „Geisteskranken“, „Wahnsinnigen“ oder „Irren“ und begründeten die Frage nach dem „warum?“ mit der psychischen Erkrankung. Infolgedessen wurde die mediale Stigmatisierung von einigen Fachleuten kritisiert (ebd.: 134ff.).



Die Medien sind ausschlaggebend wenn es um das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit geht. Finzen (2013) beschreibt treffend:

„Wer kennt nicht die ungezählten Darstellungen psychisch kranker Menschen in Film und Fernsehen, die nur wenig mit der Wirklichkeit der Krankheiten zu tun haben, aber sehr wohl geeignet sind, die Vorstellung von der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit psychisch Kranker zu festigen.“ (ebd.: 95)

Diese Ansicht vertreten auch beide UPs. Die negative Darstellung von Schizophrenen in Berichterstattungen und Unterhaltungsfilmen schüren die Vorurteile: Schizophrene seien gefährlich, gewalttätig, unberechenbar, verrückt, inkompetent, weniger belastungsfähig und geistig zurückgeblieben. Dieses Bild und die dazukommende Unwissenheit über die Krankheit führen häufig zu Diskriminierung und verletzenden Äußerungen oder ablehnendem Verhalten.

### 5.2.3 Strukturelle Diskriminierung

Die Form der strukturellen Diskriminierung wurde bereits in Kapitel 2.5 beschrieben. Es handelt sich hierbei vor allem um eine Einschränkung Betroffener durch Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten auf gesellschaftspolitischer Ebene. Meist wird dies in bestimmten gesetzlichen Regelungen, politischen Entscheidungen und anderen gesellschaftlichen Strukturen sichtbar.<sup>90</sup>

Auch im Bereich dieser Form der Stigmatisierung haben beide UPs negative Erfahrungen gemacht. Für Herrn Maier konzentriert sich die strukturelle Diskriminierung im Wesentlichen auf den Bereich Arbeit. Für ihn ist die berufliche Desintegration sehr präsent – er empfindet große Nachteile bei der Suche nach einer guten Arbeitsstelle. Dabei sind vor allem das Preisgeben seiner Diagnose und die Klinikaufenthalte ausschlaggebend. Würde er diese beiden Aspekte verheimlichen, so würde sich die Arbeitssuche einfacher gestalten (A.12.6.3, Abb.28). Herr Maier vermutet, dass die Absagen auf Bewerbungen daher kommen, dass die BewerberInnen durch ihre Krankheit eingeschränkt belastungsfähig sind und dadurch weniger Leistung als andere Menschen erbringen. Hinzu komme ein „schlechter“ Lebenslauf, der dadurch gekennzeichnet sei, dass sich die jeweilige Person im Krankenhaus aufgehalten hat und Lücken im Lebenslauf enthält (A.12.6.3, Abb.29). Herr Maier äußert die Vermutung, dass viele ArbeitgeberInnen nicht den wahren Grund für eine Absage nennen.

„Vielleicht ist es auch so, [...] dass derjenige das auch für sich geheimgehalten hat sozusagen, dass er nicht gesagt hat, „aus dem und dem Grund wollen wir Sie nicht weiter als Praktikanten haben“, sondern der das auch eher für sich behalten hat ohne da jetzt dann die Tür aufzumachen und zu sagen „Sie haben DIE Erkrankung, tut mir leid.“ (A.12.5.2, S.24, Z.273ff.)

<sup>90</sup> Kardoff (2010b: 290) weist darauf hin, dass strukturelle Diskriminierung sehr häufig auf subtile und nicht sofort ersichtliche Weise vorkommt. Dies führt er auf bestehende Verbote bzw. Gesetze zurück (z.B. das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, das Benachteiligungsverbot, das Bundesgleichstellungsgesetz oder die UN-Behindertenrechtskonventionen). Als Folge dessen fällt es meist schwer, konkrete Diskriminierung nachzuweisen (z.B. bei Klagen gegen VermieterInnen oder ArbeitgeberInnen).

Dass Herr Maier aufgrund seiner Erkrankung nur schwer einen Platz auf dem ersten Arbeitsmarkt bekomme, ist für ihn schwer diskriminierend. Er habe viele Praktikas hinter sich, wurde jedoch nie übernommen. Aus diesem Grund musste er sich mit der Zeit mit einem „Plan C“ anfreunden, der für ihn jedoch nicht erstrebenswert scheint: die Arbeit in einer WfbM. Er schildert, dass solch eine Arbeit direkt nach einem Klinikaufenthalt sicherlich hilfreich sein könne, jedoch auf Dauer sowohl von ihm als auch von der Gesellschaft nicht wertgeschätzt wäre, da es „mechanisches Arbeiten“ auf „geringem Niveau“ sei (A.12.6.3, Abb.30). In diesem Zusammenhang kritisiert Kardoff (2010b: 293f.) das System der beruflichen Rehabilitation. Er ist der Meinung, dass „trotz neuer Instrumente und innovativer Modelle [...] die Ergebnisse der beruflichen Wiedereingliederung überwiegend ernüchternd [sind].“ (ebd.: 293). So finden die wenigsten Betroffenen durch eine berufliche Rehabilitation auf den ersten Arbeitsmarkt zurück. Da dies aber das erklärte Ziel der Rehamaßnahme gewesen war, führt das zu Gefühlen der Resignation, Frustration und des Versagens. Das „im SGB IX formulierte Recht auf soziale Teilhabe“ wird hier zurecht in Frage gestellt (ebd.: 294).

Herr Maier berichtet außerdem davon, dass er bei Bewerbungsgesprächen versucht, sich in Bezug auf seine Erkrankung vorsichtig auszudrücken. Am liebsten würde er seine Erkrankung vollständig verheimlichen, da er dadurch größere Chancen auf die Arbeitsstelle bekommen würde, jedoch weiß er, dass dies verboten ist:

„Ich muss da schon irgendetwas dazu sagen. In der Klinik gibt es einen Patientenführsprecher [...] Und der sagt, man darf nicht alles verheimlichen. Man muss schon irgendetwas mitteilen, sage ich jetzt mal, um nicht hinterher, wenn so etwas rauskommen sollte, dann einfach quasi fristlos gekündigt zu werden [...] Also, ich habe einfach so einen Allgemeinplatz verwendet, also von wegen, dass ich eine Erkrankung gehabt habe [...] und dass ich jetzt eine Reha mache und dass ich da auf der Suche nach einem Praktikumsplatz bin. Also ich habe keine Details von wegen Schizophrenie angegeben, oder Psychose. Wenn das jemand im Internet googelt, dann wird er Sachen entdecken, die abschreckend wirken, SEHR abschreckend wahrscheinlich.“ (A.12.5.2, S.22, Z.151ff.)

Für Herrn Maier hängt die Diskriminierung bei der Arbeitssuche hauptsächlich mit den Leistungsanforderungen und Wertvorstellungen der Gesellschaft zusammen. Hier dominiere seiner Meinung nach die Leistungs- und Wettbewerbsorientierung. Wirtschaftlicher Erfolg sei das Ziel. Dieses Ziel erfordere Flexibilität, Belastungsfähigkeit und hohe Leistung – was psychisch Kranke nicht in vollem Maß erbringen können, weshalb sie bei vielen Arbeitsstellen abgelehnt werden (A.12.6.3, Abb.29). In Kardoffs Artikel *Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen* wird die Überzeugung von Herrn Maier bestätigt:

„Veränderungen der Arbeitswelt wie betriebliche Rationalisierung, Arbeitsverdichtung, gestiegene Anforderungen und neue Schlüsselqualifikationen bewirken einen zunehmenden Ausschluss leistungsgeminderter Personen von dauerhafter Beschäftigung. Dies betrifft [...] in besonderer Weise psychisch kranke Menschen.“ (Kardoff 2010b: 290)

Im Bereich Arbeitsmarkt erkennt Kardoff (ebd.: 292) außerdem die Möglichkeit zur Diskriminierung durch Frühberentungen. So werde das Instrument der Frühberentung immer öfters bei jüngeren ArbeitnehmerInnen, die psychisch erkrankt sind, eingesetzt. Hintergedanke dabei sei eine Umgehung aufwendiger Rehabilitationsmaßnahmen.

Da Frau Schmidt schon lange nicht mehr erwerbstätig ist, hat sie den Bereich Arbeit in Zusammenhang mit struktureller Diskriminierung nicht erwähnt. Jedoch empfindet sie, wie bereits im Bereich der interpersonellen Interaktion erwähnt, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung schlechter von ÄrztInnen behandelt werde als andere PatientInnen. Sie hat das Gefühl, längere Zeit im Wartezimmer zu verbringen als andere und nicht für voll genommen zu werden (A.12.6.2, Abb.20). Auch Herr Maier spricht davon, von vielen ÄrztInnen nicht ernst genommen zu werden. Er schildert, dass die Einstellung der Medikation im Mittelpunkt stehe und alles andere nebensächlich sei:

„Weil normalerweise ist es üblich, einfach nur die Medikation optimal einzustellen, soweit das möglich ist, mit Try and Error, und dann zu schauen was passiert, oder was passt und was passt nicht, und dann probiert man das nächste Medikament aus. Und das ist irgendwie ein bisschen ZU wenig.“ (A.12.5.2, S.26, Z.388ff.).<sup>91</sup>

Als weiteren Bereich in dem Frau Schmidt strukturelle Diskriminierung erfahren hat, beschreibt sie die Wohnungssuche. Sie erzählt, dass sie vor ihrer jetzigen Wohnung in einer Wohnung gelebt habe, mit der sie nicht zufrieden war, da viel defekt gewesen sei. Als sie bei ihrer damaligen Therapeutin thematisierte, dass sie sich eine neue Wohnung suchen wolle, bekam sie eine ablehnende Reaktion: „[Da] hat uns die Therapeutin gesagt, wir kriegen keine andere Wohnung und hat richtig blöd rumgemacht.“ (A.12.5.1, S.17, Z.399f.) und „Die hat mich echt diskriminiert.“ (ebd., Z.397). Letztlich habe Frau Schmidt nach längerer Suche und nachdem sie geheiratet hatte eine Sozialwohnung bei der Stadt mieten können, in der sie auch heute noch lebt (ebd., Z.400ff.).

Neben den von den UPs genannten Formen struktureller Diskriminierung – in Bezug auf Arbeitssuche, Wohnungssuche und Arztbehandlungen – gibt es weitere Erscheinungsformen dieser Art von Stigmatisierung. Kardoff (2010a) geht auf die große Bandbreite der strukturellen Diskriminierung ein und führt aus:

„Dies beginnt im alltäglichen Umgang und zieht sich durch Bildungseinrichtungen und den Arbeitsmarkt bis hin zum Versorgungssystem durch. Die Lebenssituation vieler psychisch kranker Menschen mit chronifizierten Störungen ist durch ein Leben am Armutsrand und durch Abhängigkeit von Institutionen gekennzeichnet. Stigmatisierung und Diskriminierung [...] zeigen sich am Arbeitsplatz, bei der Bewerbung, im Alltag und nicht zuletzt im Versorgungssystem selbst.“ (ebd.: 6)

---

<sup>91</sup> Umso erfreulicher ist es für ihn, dass er nun einen Arzt gefunden hat, mit dem er seine Krankheitsgeschichte und die damit verbundenen Erlebnisse besprechen kann. Er erhofft sich davon, seine Krankheit und die damit verbundenen Symptome besser zu verstehen. Der Arzt sei bereit, diese Inhalte mit ihm zu besprechen und damit verbunden eine Medikamentenumstellung durchzuführen, sodass die Nebenwirkungen reduziert werden (A.12.6.3, Abb.31).

Als weiteren Bereich struktureller Diskriminierung kann die mangelnde Qualität psychiatrischer Versorgung genannt werden. Schomerus (2009: 54) geht vor allem auf die fehlende bzw. schlecht ausgebaute gemeindenahe Versorgung ein. So sei der Weg zu ärztlicher Hilfe für Betroffene häufig zu weit und zu schwierig – selbst wenn Hilfe vorhanden ist, scheint sie für viele kaum zugänglich zu sein. In diesem Zuge geht er auch auf die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen ein. So haben psychische Erkrankungen im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen eine niedrigere Priorität wenn es um die Mittelvergabe gehe. Dies führe zu einer Benachteiligung psychisch kranker Menschen durch fehlende Behandlungsmöglichkeiten (ebd.: 54). Aydin und Fritsch (2015) ergänzen, dass „weite Teile der deutschen Bevölkerung psychisch Kranke weitaus stärker missbilligen, als Personen, die an einer physischen Krankheit leiden.“ (ebd.: 248).

In diesem Zusammenhang steht auch das sog. *iatrogene Stigma*, welches in Kapitel 2.5 bereits erwähnt wurde. Es wird durch die Einstellung und das Verhalten psychiatrisch Tätiger bestimmt. Dazu kommen, so Amering und Schmolke (2012: 233), „bedauerliche Daten, die uns zeigen, dass die von uns als dringlich empfundenen Investitionen zu Verbesserungen der psychiatrischen Behandlung keineswegs als Priorität angesehen werden.“ So befürwortet die Mehrheit der Bevölkerung die finanzielle Unterstützung bei Krebserkrankungen, AIDS oder Herz-Kreislaufkrankungen, jedoch nur ein beachtlich kleiner Teil die Verwendung finanzieller Mittel zur Versorgung von Schizophreniekranken (ebd.: 233).

Auch Kardoff (2010b) beschreibt Möglichkeiten der strukturellen Diskriminierung bei der Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen. Er sieht die Gefahr der Missachtung der Menschenwürde, des Nichtbeachtens des Selbstbestimmungsrechts, der Ungleichheit in den Zugangsbedingungen sowie einer „Unter-, Über- oder Fehlversorgung für einzelne Diagnosegruppen“<sup>92</sup> (ebd.: 295). Ergänzend können die Erkenntnisse von Amering und Sibitz (2009) erwähnt werden, die als Dimensionen struktureller Diskriminierung folgende Aspekte benennen:

„Mängel an außerstationären psychiatrischen Diensten, schlechte räumliche Ausstattung von psychiatrischen Einrichtungen, ungleiche Ressourcenaufteilung im Gesundheitsbereich und diskriminierende Gesetzgebung, wie etwa im Versicherungswesen oder im Kirchenrecht“ (ebd.)

Strukturelle Diskriminierung kann demnach auf zahlreichen Ebenen und in unterschiedlichster Ausprägung vorkommen. Die für die UPs relevanten Bereiche waren Arbeit, Wohnung und Gesundheitswesen. Daneben gibt es jedoch viele weitere Berei-

---

<sup>92</sup> Kardoff (2010b: 295ff.) führt einige Beispiele an. Eine Zwangseinweisung betreffe das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen. Viele ÄrztInnen aber auch MitarbeiterInnen in Jobcenter sind mit den Problemen psychisch kranker Menschen überfordert, was zu Fehleinschätzungen oder der Abschiebung in WfbMs führe. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, das die biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte der Krankheit vereinen will, wird letztlich an unterschiedlichen Stellen behandelt. Die Behandlung in einer Psychiatrie beeinträchtigt die Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe und verhin-dere Integration.

che die betroffen sind, sei es der eingeschränkte Versicherungsabschluss, die Zwangseinweisung, scheiternde Rehabilitationsmaßnahmen, fehlende Kostenübernahmen von Behandlungen oder lückenhafte gemeindenahe Versorgung.

#### 5.2.4 Zugang zu sozialen Rollen

Die Literaturrecherche und Befragung der UPs zeigte, dass viele Schizophrenieerkrankte aufgrund ihrer Krankheit einen erschwerten Zugang zu sozialen Rollen erfahren. Am meisten betroffen sind die Bereiche Partnerschaft, Familie und Arbeitsplatz. Die bereits erwähnte Studie von Angermeyer, Matschinger und Schomerus (2013), die untersuchte, wie sich die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, über 20 Jahre hinweg veränderte, zeigt, dass auch der Zugang zu sozialen Rollen betroffen ist. Bei der Messung der sozialen Distanz gab es in allen Kategorien eine Zunahme – zum Nachteil der Betroffenen. So werden Schizophrenie heute stärker in sozialen Rollen abgelehnt als noch vor 20 Jahren. Betroffen sind unter anderem der Zugang zu Arbeitswelt, Wohnungsmarkt, Partnersuche oder Freundschaften (ebd.: 149).

Über Herrn Maiers Ansicht bzgl. Zugang zu einer Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt wurde in Kapitel 5.2.3 bereits ausführlich berichtet. Aufgrund der hohen Leistungsanforderungen, denen er aufgrund der Erkrankung nicht standhalten kann, bliebe ihm dieser Zugang verwehrt (A.12.6.3, Abb.29). Jedoch sind es nicht nur die Leistungsanforderungen. Auch die Diagnose Schizophrenie an sich wirke so abschreckend auf ArbeitgeberInnen, dass das Preisgeben der Diagnose zur Absage bei einer Bewerbung führe (A.12.6.3, Abb.28). Diesbezüglich hatte Herr Maier während des Interviews eine interessante und für ihn einleuchtende Erkenntnis:

„Also ich dachte eigentlich vor dem Gespräch, dass es so etwas wie Stigmatisierung nicht WIRKLICH gibt in meinem Fall. Aber ich glaube, das gibt es sehr wohl. Also wenn ich anfangen mich zu bewerben, wenn ich aus dem Krankenhaus zurück bin und dann vielleicht noch eine RehaMaßnahme machen kann, [...] da könnte es durchaus sein, dass ich da/ also wenn sie meinen Lebenslauf sehen, dass sie dann mir mitteilen „Tut mir leid, aus den und den Gründen wünschen wir Ihnen weiterhin alles Gute“ oder so, ohne mir wirklich zu sagen „warum“. Also „warum nicht“? Warum ich da sozusagen rausfalle. Das ist so mein Verdacht oder meine Vermutung, wie es laufen könnte.“ (A.12.5.2, S.27, Z.444ff.).

So besagt seine Theorie, dass ein „schlechter“ Lebenslauf, der durch Krankenhausaufenthalte und sonstige Lücken gekennzeichnet ist, letztlich zur Absage seiner Bewerbung führen wird (A.12.6.3, Abb.29). Damit wird ihm aufgrund seiner Erkrankung der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt verwehrt. Als Folge dessen sieht er sich gezwungen auf den bereits erwähnten „Plan C“ zurückzugreifen und den für ihn „nicht erstrebenswerten“ Job in der WfbM anzunehmen (A.12.6.3, Abb.30).

Für Frau Schmidt ist der Zugang zu berufsbezogenen Rollen ein weniger gewichtiges Thema. Doch auch sie erwähnt, dass sie eigentlich gerne arbeiten würde:

„Schaffen kann ich nicht mehr, das geht nicht bei mir. [...] Ich hab es drei-, viermal probiert. Und drei-, viermal hat es nicht geklappt. [...] entweder schlafe ich unruhig oder ich schlafe überhaupt nicht, wenn ich eine Beschäftigung habe [...] ein paar Tage geht es gut und dann [...] was ich sehr bedauere, dass ich das nicht kann.“ (A.12.5.1, S.10, Z.8, 14f., 20ff.)

Letztlich habe sie gemeinsam mit ihrer damaligen Betreuerin einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt, welcher gewährt wurde. Sie bewertet das als positiv, auch wenn ihr die Beschäftigung fehle (A.12.5.1, S.10, Z.26ff.; S.13, Z.175ff.).

Ein weiterer Bereich, der von beiden UPs benannt wurde, ist die Partnerschaft. Herr Maier spricht davon, dass er gerne eine Familie gegründet hätte, aber dass er mehr und mehr realisiert, dass er sich von diesen Träumen verabschieden muss. Er vergleicht seine Krankheit mit einer „Kette am Bein mit einer Kugel dran“ (A.12.5.2, S.25, Z.285ff.). Er würde gerne das Idealbild erreichen, das aus Traumberuf, Haus und eigener Familie besteht, jedoch hindere ihn die Kette daran, diese Träume zu verwirklichen (A.12.6.3, Abb.28).

Frau Schmidt machte die Erfahrung, dass ihr nicht zugetraut wurde in einer Partnerschaft zu leben. Als sie ihren jetzigen Mann kennenlernte, war ihr Umfeld der Meinung, sie „halten es keine drei Wochen miteinander aus“ (A.12.5.1, S.12, Z.145). Sie erzählt, dass es ihr nicht gegönnt wurde, eine Partnerschaft einzugehen und „dann waren ein paar da, die haben dann nicht mehr mit mir geredet.“ (A.12.5.1, S.13/14, Z.222ff.). Um so mehr erfreut es sie, dass sie mittlerweile über 24 Jahre mit ihrem Mann verheiratet sei (A.12.5.1, S.12, Z.146).

Wenn es um Stigmatisierung im Bereich Zugang zu sozialen Rollen geht, wird neben Ausschluss von Partnerschaft und Beruf häufig auch Ausschluss aus der Familie erwähnt. Einen solchen Ausschluss haben beide UPs nur in Ansätzen erlebt. Die Familie von Herrn Maier war bei der ersten Psychose sehr geschockt, konnte aber in den darauf folgenden Jahren gut mit seiner Erkrankung umgehen:

„[...] als es 1998 das erste Mal aufgetreten ist, da war es total der Schock, besonders für meine Mutter. Die dachten dann auch, sie haben mich verloren und ich komm nicht mehr zurück aus dem Wahnsinn - in Anführungsstrichen - oder aus der Krankheit. Und dann das nächste Mal, 2005/2006 sind sie dann schon anders damit umgegangen. Da hatten sie das erste Mal schon hinter sich, sage ich jetzt einmal. Und sie haben eigentlich immer zu mir gestanden in irgendeiner Weise. Als sich jetzt 2012 wieder die dritte Psychose angebahnt hatte, haben sie schon versucht mich zu überreden ins Krankenhaus zu gehen, weil sie gemerkt haben, dass da etwas nicht stimmt.“ (A.12.5.2, S.21, Z.76ff.)

Wo am Anfang Schock und Unsicherheit dominierten, durfte Herr Maier mit der Zeit immer mehr Verständnis, Fürsorge und Beistand vonseiten seiner Familie erfahren (A.12.6.3, Abb.25). Etwas anders lief es bei Frau Schmidt ab. Sie erlebte zwar keinen Ausschluss aus der Familie, doch hatte sie mit Beschimpfungen, Unverständnis und Vorwürfen zu kämpfen (A.12.6.2, Abb.20). Letztlich überwogen aber auch bei ihrer

Familie mit der Zeit Verständnis für und eine verstärkte Beachtung von Frau Schmidt (A.12.6.2, Abb.14). Trotz allem spürt Frau Schmidt in ihrem Alltag die soziale Distanz, die ihr Menschen aufgrund ihrer Erkrankung entgegenbringen. Sie erwähnt häufig, dass sie „wenig Kontakte“ habe und „wenig Zuwendung“ erfahre (A.12.6.2, Abb.20). So verbringt sie viel Zeit in ihrer Wohnung (A.12.5.1, S.10, Z.47) und hat „keinen Kontakt, so dass jemand zum Kaffee trinken kommt oder so“ (A.12.5.1, S.13, Z.200/201). Allerdings fehle ihr das auch nicht (A.12.5.1, S.17, Z.425).

Herr Maier dagegen erkennt und bedauert, dass ihm seine Krankheit den Zugang zu sozialen Rollen verwehrt. Er begründet:

„Es gibt glaube [ich] so ein gesellschaftliches Idealbild, wie man sein Leben verbringen möchte, was man LEISTEN möchte, was man BEKOMMEN möchte und so weiter, so Beruf und Karriere machen, Familie und Haus und so weiter, und da steht mir meine Krankheit im Weg.“ (A.12.5.2, S.24, Z.268ff.)

Er fasst hier die Hauptbereiche sozialer Rollen zusammen: Beruf, Partnerschaft, Familie. Aufgrund der Beeinträchtigung durch die Krankheit sowie dem Bild, das die Gesellschaft von dieser Krankheit hat, wird der Zugang zu diesen Rollen behindert bzw. erschwert. So kann, wie im Falle von Frau Schmidt, die Wohnungssuche schwer und konfliktbeladen sein. Eine Partnerschaft einzugehen kann, wie im Falle von Herrn Maier, zu einem Wunsch werden, den man aufgeben muss. Und auch die Arbeitssuche, Bewerbungsprozesse oder der Übergang von einem Praktikum in ein richtiges Arbeitsverhältnis kann stark eingeschränkt sein. Finzen (2013) beschreibt, dass häufig sogar der Zugang zu speziellen Berufsgruppen gänzlich verwehrt wird. Er führt weiter aus:

„Manchmal entzieht man ihnen mit fadenscheinigen Argumenten den Führerschein. [...] Oft traut man den Betroffenen nicht zu, für sich selbst zu sorgen und das eigene Leben zu gestalten. Man verweigert ihnen eine angemessene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und drängt sie so in eine Existenz am Rande der Gesellschaft.“ (ebd.: 30f.)

Die Formen von Stigmatisierung, die Menschen mit der Diagnose Schizophrenie erfahren können sind unglaublich vielfältig und erstrecken sich auf nahezu alle Bereiche ihres Lebens. Sie erleben Diskriminierung, wenn es darum geht, eine Wohnung oder eine Arbeitsstelle zu finden. Sie erfahren verbale und nonverbale Angriffe aufgrund ihrer Erkrankung. Sie müssen mit Ablehnung, Bevormundung und Benachteiligungen zurechtkommen. Ihr Bild in der Öffentlichkeit ist geprägt von negativen, abwertenden Attributen, was sich wiederum auf die interpersonellen Handlungen auswirkt. Und als ob dies nicht schon genug Herausforderungen mit sich bringt, beginnen viele Betroffene, die vorhandenen Vorurteile und stigmatisierenden Handlungen zu bejahen und gegen sich zu wenden. Diese sog. Selbststigmatisierung soll im Folgenden erläutert werden.

### 5.3 Selbststigmatisierung<sup>93</sup> bzw. internalisierte Stigmatisierung

Wie in Kapitel zwei bereits erläutert handelt es sich bei der Selbststigmatisierung um das Annehmen und Befürworten bestehender Stigmatisierung gegen die eigene Person. Das heißt, Betroffene müssen die Stereotype, die über sie und ihre Erkrankung vorhanden sind, kennen und bejahen. Dadurch übertragen sie die Vorurteile auf ihre eigene Person und wenden sie gegen sich selbst (Rüsch und Berger 2012: 952). Ameling und Schmolke (2012: 237) sprechen in diesem Zusammenhang vom *internalisierten Stigma*. Die Betroffenen internalisieren die vorhandenen Stigmata, was häufig zu Scham, Selbstabwertung und sozialem Rückzug führt. Aydin und Fritsch (2015) bestätigen, dass die Internalisierung der vorherrschenden Stereotype und Vorurteile als Folge „depressive Symptome, gesteigerte Scham und insbesondere verminderter Selbstwert“ haben (ebd.: 250).

Auch bei den UPs spielt das Thema Selbststigmatisierung eine Rolle. Frau Schmidt beschreibt, dass sie irgendwann damit begonnen hat, sich selbst zu hinterfragen. Ihr war bewusst, dass ihr Umfeld sie als faul, unwissend, unbrauchbar, unberechenbar und verrückt ansieht (A.12.6.2, Abb.15; Abb.16). Immer wieder hatte sie deshalb Phasen, in denen sie sich gefragt hat, ob diese Vorurteile vielleicht wirklich wahr sind. Diese Fragen (z.B. „Bin ich wirklich faul und unberechenbar?“) führten bei ihr zu einer Unsicherheit und Ängsten und letztlich zu Minderwertigkeitsgefühlen und Vorwürfen. Sie beschreibt, dass sie immer wieder negative Gedanken habe, wie „Ich bin dumm“ oder „Ich bin faul“. Auch richte sie selbst Vorwürfe an sich und denke immer wieder, sie sei schuld am Befinden der anderen (A.12.6.2, Abb.19). Im Gespräch äußerte sie:

„I: [...] Und haben Sie manchmal selber negative Gedanken über sich? B: Hab ich, ja (...). I: Was sind das für Gedanken? B: (...) Hmm, Minderwertigkeitskomplexe, irgendwie so. (...) Ich war ja als junges Mädchen, da wollten sie mich in die Sonderschule. Und da habe ich auch arg zu kämpfen gehabt. (...) Ich war immer faul, unordentlich [...]. I: Und dann haben Sie manchmal minderwertig von sich gedacht? B: Ja, dass ich dumm bin (...) dumm und gefräßig und faul (...) [...] Die sagen auch, ich strenge mich nicht genug an. Vielleicht wenn ich mich stärker anstrengen würde, würde es Hubert auch besser gehen, wäre die Wohnung in Ordnung, gibt es keinen Streit und lauter solche Sachen hab ich im Kopf. (...)“ (A.12.5.1, S.17/18, Z.448ff.)

So sind es für Frau Schmidt hauptsächlich Schuldgefühle, Ängste und Minderwertigkeitsgefühle, die sie aufgrund der Selbststigmatisierung erfährt. Sie erläutert, dass die Minderwertigkeitsgefühle dazu führen, dass sie sich selbst zurückzieht, überwiegend

---

<sup>93</sup> Finzen (2015: 55) distanziert sich klar vom Begriff *Selbststigmatisierung*. Er ist der Überzeugung, dass dieser Begriff zum einen selbst stigmatisierend wirke und zum anderen unsinnig sei. Denn die Betroffenen können sich nicht selbst stigmatisieren. „Sie werden von anderen Menschen in ihrer Umgebung mit Vorurteilen traktiert, diskriminiert und schließlich stigmatisiert. Sie sind Opfer, die der Hilfe bedürfen, keine Selbstverletzer.“ (ebd.: 55). Er vermutet, dass vor allem TherapeutInnen den Begriff Selbststigmatisierung nutzen um ihre Arbeit zu legitimieren. Auch wenn ich Finzens Einwände verstehe, habe ich den Begriff Selbststigmatisierung in dieser Arbeit bewusst verwendet. Er drückt in meinen Augen passend aus, wie sich erlebte Stigmatisierung im Denken, Fühlen und Handeln der Betroffenen auswirken kann – bis dahin, dass sie sich gegen sich selbst richten.



Zeit in ihrer Wohnung verbringt, kaum Kontakt nach außen pflegt und depressive Zeiten erlebt (A.12.6.2, Abb.22).

Eine Studie von Sibitz u.a. (2013) bestätigt diese Entwicklung. Sie zeigte, dass internalisiertes Stigma bei einem Drittel aller befragten psychisch kranken Menschen in hohem Ausmaß auftritt. Als direkte Konsequenz erscheinen Ängste und Depressionen sowie ein Mangel an Lebensqualität, Selbstwert, Hoffnung und Empowerment<sup>94</sup>.

Den Mangel an Lebensqualität und die negativen Gedanken kennt auch Herr Maier. Er beschreibt, dass erlebte Stigmatisierung bei ihm dazu führe, in ein Loch zu fallen. Das zeige sich dadurch, dass er selbst negative Gedanken gegen sich hat, die dazu führen, dass er sich krank und einsam fühlt (A.12.6.3, Abb.31). Auch er kennt die allgemeinen Vorurteile, die die Gesellschaft mit der Krankheit Schizophrenie verbinden. Er wehrt sich jedoch klar gegen die Beschreibungen „Verstand verloren“, „durchgedreht“ und „irreversibel“ (A.12.6.3, Abb.23). Ebenso lehnt er die Vorurteile ab, die besagen, Schizophrenie seien gefährlich und unberechenbar. Er begründet dies damit, dass es Statistiken gibt, die belegen, dass Menschen mit Psychosen nicht gefährlicher sind als die Allgemeinbevölkerung (A.12.6.3, Abb.26). Trotzdem muss Herr Maier zugeben, dass es sehr wohl Vorurteile in der Gesellschaft gibt, die individuell zutreffen können. So gebe es durchaus „Durchgedrehte“ und „Verrückte“, aber dies sei eben nicht die Allgemeinheit (A.12.6.3, Abb.27).

Auf die Frage, welche Vorurteile sie über ihre Erkrankung kenne, antwortet Frau Schmidt mit den bereits genannten Beschreibungen verrückt, faul, unbrauchbar, unwissend, usw.. Interessant ist, dass sie zugibt, dass sie dieses Bild der Krankheit Schizophrenie vor ihrer Diagnosestellung auch teilte:

„Weil viele denken, also ich auch, wo ich zwanzig oder neunzehn war, habe ich gedacht, psychisch krank sind die, die/ (...) Äh, was hab ich da gedacht? Die wo rumschreien und die man festbinden muss und verknoten muss und, man sei laut und alles um sich schlagen (...) so Sachen habe ich gedacht, sei ein psychisch Kranker.“ (A.12.5.1, S.14/15, Z.279ff.)

Finzen (2013: 68) erklärt, dass die Schizophreniekranken vor ihrer Diagnosestellung als vollwertige MitgliederInnen ihrer sozialen Umwelt wahrgenommen werden. Sie selbst teilen gewisse Vorurteile und Stereotype über die Erkrankung. Nach der Diagnosestellung jedoch finden sich die Betroffenen in einer neuen Rolle wieder, die große Herausforderungen mit sich bringt:

„Die Übereinstimmung der eigenen Vorurteile mit den fremden bringt den Erkrankten in ein Dilemma: Er ist in seiner Selbstwahrnehmung wirklich so, wie die anderen ihn sehen. Diese Erkenntnis wird zur schweren Belastung. Sie beschäftigt seine Identität. Sie wird zum Stigma.“ (ebd.: 68)

---

<sup>94</sup> Unter Empowerment versteht man „den Prozess, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbst erarbeiteter Lösungen schätzen zu lernen.“ (Keupp 2013: 248f.)

Die Betroffenen empfinden das Stigma und die Folgen der Stigmatisierung als gerechtfertigt, was eine Selbststigmatisierung zur Folge hat (ebd.: 68).

Auch beim Thema Selbststigmatisierung steht bei Herrn Maier das Thema der Belastungsfähigkeit in Bezug auf die Berufstätigkeit im Mittelpunkt. Er kennt Vorurteile, die in der Gesellschaft vorhanden sind und in gewissem Maße auch zutreffen. So seien Schizophrene weniger belastungsfähig und weisen eine größere Vulnerabilität, also Verletzlichkeit und Empfindlichkeit auf (A.12.6.3, Abb.26). Als Folge dessen erklärt er sich die Absagen auf Bewerbungen. Er sei eben „nicht zu gebrauchen“, da er weniger Leistung (nur vier bis fünf Stunden pro Tag) erbringen könne. Dies wiederum sei auch Folge der Medikamenteneinnahme, wodurch er ein großes Schlafbedürfnis habe (A.12.6.3, Abb. 24; Abb.29).

Zum Thema Berufstätigkeit hatte auch der Betreuer von Herrn Maier einen interessanten Gedanken beizutragen. So definiere Herr Maier sich, wie der Großteil der Gesellschaft, über Leistung. Er beschreibt es als Selbststigmatisierung, dass Herr Maier das Bild der Gesellschaft von der WfbM übernimmt und die Arbeit dort als nicht erstrebenswert und niveaulos einstuft:

„B2: [...] so etwas wie Selbststigmatisierung oder so etwas, [...] so nach „In der Werkstatt für Behinderte, da will ich nicht landen.“ Das ist dann ganz unten. Also dass man selber so eine Bewertung hat von so etwas, was sicherlich auch in weiten Teilen so sein KANN, aber einfach so, um sich selber aufrecht zu halten, „ich will es doch probieren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ und „Das ist mein Ziel“ und wenn ich einmal in der Behindertenwerkstatt bin, das ist etwas ganz/ das gilt es mit allen Mitteln zu vermeiden/ B: Wie die Geschlossene. B2: Wie die Geschlossene. Oder Plan C. [...] das hat für mich schon etwas damit zu tun, so eine Werkstatt, bei allem was da dazu gehört, ist schon auch etwas nicht erstrebenswertes. B: Stimmt, stimmt. B2: Was für einen selber, in der Eigenwertschätzung, etwas schwieriges ist.“ (A.12.5.2, S.28, Z.461ff.)

Hier besteht die Selbststigmatisierung folglich darin, sowohl das Bild der Gesellschaft von dem was ein Mensch an Leistung erbringen sollte als auch deren Meinung, dass Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, diese Leistung nicht voll erbringen können, anzunehmen und gegen sich selbst zu richten. Als Folge dessen beschreibt Herr Maier eine Verminderung des Selbstwertgefühls, was zu Gefühlen der Einsamkeit und des Krank- und Deprimiertseins führt (A.12.6.3, Abb.30).

Neben Schuld-, Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen sowie fehlendem Selbstvertrauen, spielen auch Versagensängste und das Gefühl, leistungsschwach und nicht belastbar zu sein eine Rolle. Rüschi und Berger (2012: 952) erläutern, dass die Folge von Selbststigmatisierung in vielen Fällen tatsächlich Schamgefühle und ein erniedrigtes Selbstwertgefühl mit sich bringen. Selbst wenn die Betroffenen eines Tages wieder gesund sind, fehlt ihnen der Mut, sich um eine Beschäftigung, soziale Kontakte etc. zu bemühen. Hier ist es weniger die psychische Krankheit als vielmehr die Selbststigmatisierung, die Betroffene an sozialer Teilhabe hindert. Rüschi (2014: 19ff.) nennt dies auch

den *why try-Effekt*: Betroffene, die sich selbst stigmatisieren sehen keinen Grund darin, ihre Ziele zu verfolgen, da sie die Gedanken verinnerlicht haben, aufgrund ihrer Erkrankung dazu weder in der Lage noch es wert zu sein. Wichtige Lebensziele wie Arbeit, Partnerschaft oder selbstständiges Wohnen werden häufig aufgegeben. Amering und Schmolke (2012: 237) führen außerdem den nicht zu unterschätzenden Punkt an, dass Selbststigmatisierung nicht nur zu „Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug“ führt, sondern infolgedessen den Genesungsprozess erheblich behindert.

Betroffene können vorhandene Vorurteile und erlebte Stigmatisierung als für richtig und gerechtfertigt empfinden und gegen sich selbst wenden. Das kann, wie in diesem Kapitel sichtbar wurde, sehr folgenreich sein. Im Folgenden soll der Rahmen noch einmal breiter gespannt werden, indem über die Folgen der Selbststigmatisierung hinaus auch die Folgen der (Fremd-)Stigmatisierung<sup>95</sup> beschrieben werden.

#### **5.4 Folgen der Stigmatisierung für Betroffene<sup>96</sup>**

Menschen, die an Schizophrenie leiden, erleben auf verschiedenen Ebenen und in vielfältigen Formen Stigmatisierung. Dies bleibt nicht folgenlos. Sowohl das Wissen über und das Erleben von Stigmatisierung als auch das Bejahen und Übertragen dieser Stigmatisierung auf die eigene Person haben zahlreiche, vorwiegend negative Folgen<sup>97</sup> für die Betroffenen.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes nennt einige Folgen, die Erkrankte durch Stigmatisierung erleben. Es komme zu Ausgrenzung und sozialer Benachteiligung – vor allem in den Bereichen Familie und Beruf – und in Folge dessen zur Vereinsamung. Die Angst vor der Diagnose Schizophrenie führe dazu, dass Betroffene

---

<sup>95</sup> An dieser Stelle verwende ich bewusst den Begriff (*Fremd-)Stigmatisierung* um eine Abgrenzung zum Begriff *Selbststigmatisierung* herzustellen. Jedoch wird im Folgenden sichtbar werden, dass es bei den Folgen sowohl der Selbst- als auch der Fremdstigmatisierung Überschneidungen geben wird. So werden manche Folgen der Selbststigmatisierung auch als Folgen der Fremdstigmatisierung genannt werden. Finzen (2013: 66) zitiert einige Beispiele von Debbie Peterson (2008), die untersuchte, wie sich Selbststigmatisierung auf die Betroffenen auswirkt: „Sie hätten das Gefühl, nicht normal zu sein. Sie zögen sich zurück, seien isoliert, einsam und verletztlich. Sie seien ohne Hoffnung. Sie fühlten sich nutzlos. Sie seien überzeugt, es werde ihnen nie besser gehen. Sie fühlten sich ausgeschlossen. Sie hätten ein miserables Selbstwertgefühl. Sie seien es nicht wert, von anderen geachtet zu werden. Sie seien eine Bürde für andere Menschen. Sie akzeptierten die Diskriminierung durch andere und fürchteten sie zugleich. Sie hielten Vorurteile gegenüber psychisch Kranken für gerechtfertigt, wenn sie sich gegen sie selbst richteten. Sie fühlten sich von ihrer Familie fallen gelassen; oder sie zögen sich selbst aus der Familie zurück. Sie seien von Selbstzweifeln geplagt. Sie gaben sich selbst die Schuld an ihrer Situation. Sie fühlten sich als Versager oder als Schwächlinge. Sie hätten ihr Gesicht gegenüber anderen verloren. Sie empfanden Scham und Schuld. Sie seien sonnig und verzweifelt zugleich.“ (Finzen 2013: 66) Er begründet damit seine Überzeugung, dass die Folgen beider Stigmatisierungsarten in vielen Bereichen identisch seien.

<sup>96</sup> In dieser Forschungsarbeit stehen die ST der direkt Betroffenen im Mittelpunkt. Klar ist jedoch, dass Stigmatisierung nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch deren Angehörige oder TherapeutInnen treffen kann. Finzen (2015: 55) nutzt hierfür den Begriff *Stigma by Courtesy*. Es meint die Stigmatisierung der Personen, die mit den primär Stigmatisierten zu tun haben. Diese Form der Stigmatisierung ist meist weniger ausgeprägt, kann jedoch ebenfalls folgenreich für die Betroffenen sein.

<sup>97</sup> In Kapitel sechs wird es unter anderem darum gehen, wie Betroffene auf Stigmatisierung reagieren. Auch wenn die Folgen der Stigmatisierung im Großteil negativ aufzufassen sind, so gibt es im Umgang mit Stigmatisierung durchaus auch positive Reaktionen. So kann eine positive Folge erlebter Stigmatisierung ein aktives Aufstehen und Bekämpfen sein, wodurch die jeweilige Person neue Kraft und Selbstbewusstsein bekommt. Dazu jedoch mehr in Kapitel sechs.

keine oder verspätete ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, was wiederum negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf mit sich bringe (Gaebel und Wölwer 2010: 19f.). Hier wird die Vielfalt der unterschiedlichen Auswirkungen von Stigmatisierung deutlich. Im Folgenden werden die Folgen der Stigmatisierung anhand der dreiteiligen Einteilung nach Hohmeier (1975: 6f.) in Bezug auf die soziale Interaktion, die soziale Teilhabe und die individuelle Identität beschrieben. Ergänzt werden diese drei Ebenen durch die Ebene des individuellen Krankheitsverlaufs – gemäß Finzen (2013: 153ff.), der Stigmatisierung als *zweite Krankheit* beschreibt, die sich häufig folgenreicher auf das Leben der Betroffenen auswirkt als die eigentliche Erkrankung.

#### 5.4.1 Auswirkungen auf die interpersonellen Interaktionen

Stigmatisierung kann weitreichende Auswirkungen auf die interpersonellen Interaktionen zwischen Stigmatisierten und Stigmatisierenden haben. Das soziale Netz der Betroffenen wird stark belastet: Rückzug, soziale Isolation und Vereinsamung sind die Folge. Häufig meiden Betroffene den Kontakt zu ihrem Umfeld, da sie deren Meinung über ihre Erkrankung kennen (und teilweise auch teilen). Aus Angst vor Ablehnung ziehen sie sich zurück und meiden die direkte Interaktion (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2016). Das hat auch Frau Schmidt erlebt. Die Vorurteile, die ihr über ihre Erkrankung bekannt waren, führten dazu, dass sie sich selbst hinterfragte. Sie begann zu glauben, dass sie wirklich faul und dumm sei (A.12.5.1, S.18, Z.461). Zudem hatte sie Momente, in denen sie hinterfragte, ob sie ebenso unberechenbar sei wie die Medien es behaupteten (A.12.6.2, Abb.19). Diese Gedanken lösen bei ihr Unsicherheit und Angst aus. So erlebt sie Momente, in denen sie verunsichert ist, ob ihr Mann, der auch an Schizophrenie leidet, möglicherweise doch gefährlich und gewalttätig sein könnte:

„[...] im Fernsehen kommen ja in den Nachrichten „psychisch krank“ und so, dass man meint, die sind unberechenbar. (...) Das meine ich auch beim Hubert manchmal. [...] Der hat gesagt: „Nimm dich in Acht.“ Weil er hat irgendwas kaputt gemacht und dann hat er zu mir gesagt: „Nimm dich in Acht.“ Und dann hab ich auch auf dem Sofa geschlafen und habe bisschen Ängste gehabt, ist er gewalttätig? [...]“ (A.12.5.1, S.16, Z.339ff.)

In der Interaktion und Kommunikation mit anderen musste Frau Schmidt öfters erleben, nicht voll ernst genommen zu werden. Sie erzählt, dass weder ihre Familie noch die ÄrztInnen am Anfang ihrer Erkrankung „ernsthaft gefragt [haben]: Wie geht es dir?“ (A.12.5.1, S.12, Z.136). Hohmeier (1975) beschreibt passend:

„Die Folgen der Stigmatisierung auf der Ebene von Interaktionen mit Nicht-Stigmatisierten bestehen [...] darin, dass es dem Stigmatisierten unmöglich ist oder zumindest schwer fällt, als vollwertiger Interaktionspartner anerkannt zu werden [...]“ (ebd.: 7)

Das mache die Interaktion für die Betroffenen schwer und anstrengend. Außerdem erwähnt Frau Schmidt sehr häufig, dass sie mittlerweile nur noch wenige Kontakte habe. Diese beschränken sich auf ihre Familie und auf Kontakte innerhalb der Psychiatrischen

ne. Sie beschreibt sich als „depressiv“, „kontaktarm“ und „zurückgezogen“. Sie bekomme wenig Zuwendung und sei sehr viel in ihrer Wohnung (A.12.6.2, Abb.13; Abb.20). Zu den NachbarInnen hat sie kaum Kontakt: „Die sagen nur Grüß Gott, sonst haben wir keinen Kontakt.“ (A.12.5.1, S.13, Z.200). Und auch sonst sei sie kontaktarm. Sie begründet: „Ich schaffe es auch nicht alle Verabredungen einzuhalten. Ich bin lieber daheim.“ (A.12.5.1, S.14, Z. 236f.). Damit begrenzt sich das soziale Umfeld von Frau Schmidt hauptsächlich auf ihre Familie, ihre ÄrztInnen und die BetreuerInnen des ABWs. Auch Herr Maier durchlief Phasen, in denen er sich zurückzog und soziale Kontakte mied. Für ihn war die erlebte Stigmatisierung vergleichbar mit dem Fall in ein Loch. In diesen Zeiten war das Gefühl der Einsamkeit für ihn sehr dominierend (A.12.6.3, Abb.31). Außerdem sei er vorsichtig geworden, wem er von seiner Diagnose erzähle. Aufgrund einer schlechten Erfahrung, als ein guter Freund das Anvertraute weiter erzählte, überlege er sich sehr genau, wann und wem er die Diagnose bekanntgebe und wann er sie verheimliche (A.12.6.3, Abb.25).<sup>98</sup>

Rückzug, soziale Isolation und Vereinsamung: das scheinen die größten Auswirkungen auf die interpersonellen Interaktionen zu sein. Aber auch das Beschränken auf Kontakte innerhalb der Psychiatrieszene ist kennzeichnend. Und schließlich sind Einschränkungen und Schwierigkeiten in der Kommunikation und Interaktion auffällig, die von Unsicherheit, Spannungen, Ängsten und Abwertungen geprägt sind. Häufig wird in diesem Zusammenhang von einem Teufelskreis gesprochen. Die Erkrankten kennen die Vorurteile, die in der Allgemeinbevölkerung über ihre Erkrankung vorhanden sind. Deshalb werden sie unsicher im Umgang mit anderen Menschen, da sie Angst vor den Reaktionen haben. Aus Scham, Unsicherheit und Selbstschutz beginnen die Betroffenen sich zurückzuziehen und zu isolieren. Das Umfeld fasst diesen Rückzug wiederum als Ablehnung auf und vergrößert die schon bestehende Distanz. Diese Distanzierung jedoch ist für die Betroffenen ein weiteres Zeichen der Ablehnung, was ihren Rückzug verstärkt, usw. (Einblicke e.V. 2016). Eine enorme Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Interaktion ist die Folge dieses Wechselspiels aus Fremd- und Selbststigmatisierung. Aber nicht nur zwischenmenschliche Interaktionen werden eingeschränkt. Im folgenden Abschnitt werden die Auswirkungen auf die soziale Teilhabe untersucht.

#### 5.4.2 Auswirkungen auf die soziale Teilhabe

Interpersonelle Interaktionen spielen auch in der sozialen Teilhabe eine Rolle, da sie häufig gebraucht werden, um Zugänge zu Wohnungen, Arbeitsplätzen oder anderen Rollen zu regeln. So erleben viele Betroffene neben Rückzug, Isolation und Vereinsamung zusätzlich eine Erschwerung sozialer Integration in die Gesellschaft. Gewisse

---

<sup>98</sup> Ansonsten sprach Herr Maier wenig über erlebte Stigmatisierung in diesem Bereich. Er berichtete, dass er mit seinem Beziehungsumfeld zufrieden sei: „Ich habe genügend Freunde und Verwandte und so“ (A.12.5.2, S.25, Z.315/316). Seit seiner Erkrankung habe er außerdem Kontakte innerhalb der Psychiatrieszene, unter anderem auch eine „relativ gute Freundin“ (A.12.5.2, S.22, Z.117ff.).

Positionen und Ressourcen werden ihnen verwehrt, wodurch sie eine Einschränkung in ihren Chancen und ihrer Lebensqualität erleben (Hohmeier 1975: 6f.). Dies hat unter anderem auch wirtschaftliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. So ist nachgewiesen, dass diese Menschen auffällig häufig von Arbeitslosigkeit<sup>99</sup> betroffen sind, ein erhöhtes Armutsrisiko aufweisen und in manchen Fällen sogar in der Obdachlosigkeit landen können (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2016).

Kardoff vergleicht die Datenlage zwischen psychisch kranken und gesunden Menschen und kommt zu einem erschreckenden Ergebnis. Es zeigt sich, dass

- „psychisch kranke Menschen im Vergleich mit der Normalbevölkerung
- häufig niedrigere Arbeitseinkommen haben;
- ein doppelt so hohes Risiko aufweisen, den Arbeitsplatz zu verlieren;
- eine fast doppelt so hohe Erwerbslosigkeit aufweisen;
- ein dreimal so hohes Risiko haben, verschuldet zu sein;
- häufiger Mietrückstände haben;
- sich eher in prekären sozialen Lagen befinden oder an der Armutsgrenze leben;
- eine erhebliche Anzahl von Obdachlosigkeit betroffen ist“ (Kardoff 2010b: 289)

Auch wenn die Folgen von Stigmatisierung bei Herrn Maier nicht in der Intensität auftreten wie eben beschrieben, so empfindet auch er eine Einschränkung in der sozialen Teilhabe. Da es ihm aufgrund der Stigmatisierung seiner Erkrankung erschwert wird, eine Arbeitsstelle zu finden, ein Haus zu bauen oder eine Familie zu gründen, kann er das gesellschaftliche Idealbild nicht erreichen. Die Zugänge dazu bleiben ihm verschlossen und er realisiert, dass er sich von diesen Träumen verabschieden muss (A.12.6.3, Abb.28). Hierbei spielt vor allem der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt für Herrn Maier eine zentrale Rolle. Dass ihm dieser Zugang bisher verwehrt wurde, ist für ihn frustrierend. Aus diesem Grund muss er sich mit Optionen auseinandersetzen, die ihm als „nicht erstrebenswert“ vorkommen:

„Es steht dann auch noch ein Plan C oder ein Notplan im Raum, von wegen in die Behindertenwerkstatt zu gehen nach Musterstadt und da dann halt so mechanische Arbeiten zu machen, handwerkliche Arbeiten zu machen, aber auf einem sehr geringen Niveau, also nicht herausfordernd eigentlich.“ (A.12.5.2, S.27/28, Z.454ff.)

Dieser Plan C, wie Herr Maier es nennt, ist für ihn nicht zufriedenstellend. So versuchte Herr Maier in der Vergangenheit den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt mit gewissen Strategien zu erreichen. Er entschied sich dafür, seine Diagnose geheim zu halten (A.12.6.3, Abb.28). So schildert Herr Maier zu Beginn des Interviews, dass er seine Diagnose bei einer Bewerbung verheimliche. Er begründet:

„Was ich mir sowieso schon dachte, als ich das gelesen habe mit der Stigmatisierung, ist, ich habe jetzt nicht das Gefühl, dass ich TOTAL ausgegrenzt werde oder abgestempelt werde, auch weil ich den Leuten nicht alles erzähle oder nicht jedem

---

<sup>99</sup> Die AOK (2015: 48) veröffentlichte Ende 2015 die Ergebnisse einer Studie, die sich mit der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit von psychisch kranken Menschen in Deutschland im Zeitraum 2003 bis 2014 beschäftigte. Die Ergebnisse zeigen, dass sich sowohl Arbeitsunfähigkeitstage als auch Arbeitsunfähigkeitsfälle mit steigender Tendenz entwickeln. So lag der Wert der Arbeitsunfähigkeitsfälle 2014 44% über dem Wert von 2003. Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen lag der Wert 2014 sogar 83,7% über dem von 2003.

alles erzähle. Und ich könnte mir vorstellen, wenn ich bei einem Vorstellungsgespräch oder bei anderen Gelegenheiten in der Richtung, wenn es um Bewerbung geht oder so, wenn ich da etwas erzählen würde, DANN würde diese Stigmatisierung auf alle Fälle zugreifen. Also dann wäre ich jemand, der wahrscheinlich nicht verlässlich genug ist in irgendeiner Weise, so könnte man das annehmen. Und das kann man dann als Arbeitgeber sozusagen nicht gebrauchen.“ (A.12.5.2, S.22, Z.134ff.)

Auf die Frage ob er das konkret schon einmal erlebt habe, antwortet er: „Nein, so direkt eigentlich nicht, eben weil ich es keinem erzählt habe.“ (A.12.5.2, S.22, Z.146) Später im Interview realisiert er jedoch, dass er diese Art von Stigmatisierung sehr wohl schon erlebt hat, nur dass viele ArbeitgeberInnen die wahre Begründung für eine Absage nicht genannt hatten (A.12.6.3, Abb.29). Die Folge dieser Stigmatisierung ist für Herrn Maier, dass er zahlreiche Praktikas durchführt, jedoch ohne anschließend übernommen zu werden. Letztlich führte das dazu, dass er sich nun mit „Plan C“, der WfbM anfreunden muss. Obwohl sein Hintergedanke dabei ist, über ein Außenpraktikum einen Arbeitgeber auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden (A.12.5.2, S.27f., Z.444ff.).

Bei der Suche nach einem Arbeitsplatz stellt sich schnell die Frage, ob und wie detailliert eine Diagnose genannt werden soll. Finzen (2010) bringt es auf den Punkt:

„Wer schizophren ist, ist gut beraten, mit der Information Dritter über die Krankheit sparsam umzugehen. Er läuft Gefahr, seine Freunde zu verlieren und seine Arbeit. Er tut gut daran, zu lügen, dass die Balken sich biegen, wenn es um seine Krankheit geht. Wenn er sich um einen Arbeitsplatz bewirbt, kann das zwar auch zu Schwierigkeiten führen. Wenn er die Diagnose verschweigt, ist das Anstellungsbetrug. Wenn sie im Nachhinein bekannt wird, kann ihn das den Job kosten. Aber wenn er sie vorher mitteilt, wird er ihn mit größter Wahrscheinlichkeit gar nicht erst bekommen. Also lügen.“ (ebd.: 9)

Zu den Auswirkungen der Stigmatisierung auf die soziale Teilhabe berichtet Frau Schmidt, dass ihr der Zugang zur Erwerbstätigkeit verschlossen sei. Sie würde sehr gerne arbeiten und hätte auch die Zeit dazu. Allerdings könne sie nicht mehr arbeiten. Sie habe es öfters probiert, sei aber jedes Mal gescheitert. Sie erzählt: „[...] ein paar Tage geht es gut [...] bloß mit der Zeit habe ich mehr am Rauchen verbracht wie am Arbeitsplatz.“ (A.12.5.1, S.10, Z.21ff.) Später rechtfertigt sie sich jedoch damit, dass sie mittlerweile ja gar nicht mehr rauche (A.12.5.1, S.17, Z.414).

Dass sie keine Arbeit und diesbezüglich auch lange kein Einkommen hatte, hat sich sowohl auf den Selbstwert als auch auf die soziale Teilhabe von Frau Schmidt ausgewirkt. „Ich fühle mich so minderwertig, auch weil ich kein eigenes Einkommen habe.“ (A.12.5.1, S.13, Z.176/177). Erst seit sie Rente beantragt und bewilligt bekommen habe, gehe es ihr besser. Trotzdem verbringt sie sehr viel Zeit in ihrer Wohnung, schlafe viel und gehe selten aus dem Haus: „Also das kommt selten vor, dass ich aus Lust und Laune, vielleicht Einkaufen, Pflegeprodukte schaue. Aber meistens ist mir das zu viel. Und ich will halt daheim bleiben.“ (A.12.5.1, S.11, Z.55/56).

Die bereits erwähnte Studie von Thornicroft u.a. (2009) verdeutlicht die Ausmaße einer erlebten Stigmatisierung auf der Ebene der sozialen Teilhabe. So gaben 64% an, dass sie die Arbeitssuche bereits aufgegeben haben, da sie davon ausgehen, aufgrund ihrer Krankheit nur Absagen zu bekommen. Die Suche nach einer festen Beziehung bezeichneten 55% als aussichtslos. Als Folge dessen verheimlichen 72% bei der Arbeits- und Partnersuche ihre Diagnose (ebd.: 408ff.).

Die soziale Teilhabe wird durch die Folgen der Stigmatisierung also erschwert. Vor allem die Zugänge zu gewissen Positionen wie Arbeitsstellen oder Beziehungen scheinen gänzlich verschlossen zu sein. Das wirkt sich nicht nur auf die gesellschaftliche Integration aus, sondern auch auf die Lebensqualität der Betroffenen. Und nicht zuletzt wird häufig die individuelle Identität in Mitleidenschaft gezogen – was Schwerpunkt des nächsten Abschnittes sein wird.

#### 5.4.3 Auswirkungen auf die individuelle Identität

Der Begriff der *beschädigten Identität* wurde bereits von Goffman (1977) geprägt. Finzen (2015: 54) erklärt, dass es letztlich Vorurteile und Diskriminierungen seien, die den Menschen abwerten. Sobald es dann zur Schädigung der eigenen Identität komme, sei die Stigmatisierung vollzogen.

Wie in Kapitel 5.3 bereits ausgeführt sind Schamgefühle und ein erniedrigtes Selbstwertgefühl häufige Folgeerscheinungen von Stigmatisierung (Rüsch und Berger 2012: 952). Auch die Tatsache, nicht berufstätig zu sein, kann zu Minderwertigkeitsgefühlen führen. Das hat auch Frau Schmidt erlebt. Sie berichtet: „Ich fühle mich so minderwertig, auch weil ich kein eigenes Einkommen habe.“ (A.12.5.1, S.13, Z.176/177)

Auch Herr Maier erlebt die Verminderung des Selbstwertgefühls als Auswirkung der Stigmatisierung auf seine Identität. Bei ihm ist es jedoch nicht die Tatsache, kein eigenes Einkommen zu haben, sondern vielmehr, dass ihm der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt verwehrt wird. Diese Absagen haben bei ihm zu einer depressiven Stimmung und einem Gefühl von Kranksein und Einsamkeit geführt. Auch die momentane Auseinandersetzung mit der Idee, eine Arbeitsstelle in der WfbM anzunehmen, hatte Minderwertigkeitsgefühle als Folge (A.12.6.3, Abb.30). Er begründet dies damit, dass diese Arbeit nur ein geringes Niveau habe. So erzählt er:

„Wenn das Niveau der Arbeiten höher wäre, dann könnte ich mich damit anfreunden. Also wenn ich da irgendetwas einbringen könnte, von dem was ich gelernt habe, DANN könnte das etwas sein, wo ich auch schneller Ja dazu sagen könnte oder würde. Aber halt, wenn man so Sachen zusammen klebt, und davon dann 100 Stück oder so, und dann Folien auf Pappendeckel draufklebt oder so, das ist halt/ (...)“ (A.12.5.2, S.28, Z.492ff.)

Da Herr Maier – und in seinen Augen auch die Gesellschaft – den Selbstwert über Leistung definiert, führt die Tatsache, keine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt



zu bekommen und stattdessen in einer WfbM beschäftigt zu sein, zu einer Herabstufung des eigenen Selbstwerts.

Eine Herabstufung des eigenen Selbstwerts und das Auslösen von Minderwertigkeitsgefühlen werden bei Frau Schmidt außerdem durch die Beschimpfungen und Beleidigungen des sozialen Umfelds ausgelöst. Sie berichtet:

„Also was mir am meisten nachgeht, ist, wenn sie sagen, ich sei eine Drecksau (...) Wenn die Wohnung (...) die kann man doch machen, heißt es immer, und das geht doch, wieso geht das bei dir nicht, du musst dich anstrengen, du musst dich anstrengen, und dann klappt es schon, aber dann klappt es aber doch nicht (...) und am meisten Minderwertigkeit, als meine Mutter mir vermittelt, du bist zu nichts zu gebrauchen. Das hat sie eine zeitlang gesagt.“ (A.12.5.1, S.15, Z.290ff.)

Solche Aussagen förderten negative Gedanken, die Frau Schmidt in Form von „Ich bin dumm“ oder „Ich bin faul“ bekam. Damit einher ging eine Unsicherheit, die mit der Frage verbunden war, welche Vorurteile zutreffen und welche nicht. So war sich Frau Schmidt nicht mehr sicher, ob sie nun tatsächlich faul sei oder einfach nur krank. Hinzu kommen gegenwärtig immer wieder Vorwürfe, die sie sich macht. Sie habe immer wieder die Gedanken, sie sei schuld am Befinden der anderen (A.12.6.2, Abb.21).

Das Aufkommen von negativen Gedanken kennt auch Herr Maier. Er beschreibt sein Erleben von Stigmatisieren mit dem Vergleich in ein Loch zu fallen. Geprägt von negativen Gedanken dominieren bei ihm in solchen Momenten vor allem Gefühle von Einsamkeit (A.12.6.3, Abb.31).

Erlebte Stigmatisierung, sei es in Form von Kontaktvermeidung, Ablehnung, Beleidigung, Ablehnung einer Bewerbung oder anderen Benachteiligungen, wirkt sich auf die individuelle Identität aus. Dabei spielen vor allem die Minderung des Selbstwertgefühls und Scham- und Schuldgefühle eine große Rolle. In extremen Fällen kann es sogar dazu führen, das eigene Recht auf Leben zu hinterfragen. Diese Thematik greift auch Finzen (2013) auf. Er weist darauf hin, dass das Suizidrisiko bei Menschen mit Schizophrenie fünf- bis zehnmal so groß sei als in der Allgemeinbevölkerung. Als Hauptgründe nennt er „Vereinsamung, Entwurzelung und soziale Isolierung oder die Angst davor. Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, die zentralen Suizidmotive, können die Folge sein.“ (ebd.: 71f.). So seien Suizidgedanken oder -versuche seltener Ergebnisse einer erlebten Psychose, sondern vielmehr eine Reaktion auf Lebenssituationen, die unerträglich und hoffnungslos erscheinen (ebd.: 74).

Nachdem nun die drei Ebenen interpersonelle Interaktion, soziale Teilhabe und individuelle Identität erörtert wurden, soll abschließend untersucht werden, inwiefern sich Stigmatisierung auf den Krankheitsverlauf der Betroffenen auswirken kann.

#### 5.4.4 Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf

Sowohl Fremd- als auch Selbststigmatisierung können sich auf den Krankheitsverlauf auswirken. So werden durch sozialen Rückzug, Selbstabwertung, Verheimlichen der

Krankheit, Ablehnung usw. nicht nur die zwischenmenschlichen Kontakte, die Zugänge zu gesellschaftlichen Rollen oder das Selbstbild beeinflusst, sondern „in Folge dessen vor allem [...] [der] Genesungsprozess erheblich behindert.“ (Amering und Schmolke 2012: 237). Es kann bspw.

„das Bemühen um ständige Geheimhaltung der eigenen Krankheit bzw. die ständige Verleumdung der eigenen Identität (als erkrankte Person) eine enorme zusätzliche psychische Belastung darstell[en]. Die Betroffenen stehen unter dem fortwährenden **Druck**, ihren Mitmenschen den Eindruck von „Normalität“ zu suggerieren.“ (Aydin und Fritsch 2015: 248).

Dabei verweisen Aydin und Fritsch (2015) auf Studien, die belegen, dass Personen, die ihre Krankheit bewusst verschweigen, unter höherem Unwohlsein und mehr Stress leiden als Personen, die offen mit ihrer Diagnose umgehen (ebd.: 248).

Eine Studie von Schulz, Stuart und Riedel-Heller (2009: 21) hatte zum Ergebnis, dass „zwischen dem ersten Auftreten der Symptomatik und der ersten Behandlung [...] im Durchschnitt 5 Jahre [vergingen].“ Außerdem akzeptierte die Mehrheit ihre Diagnose nicht. Als Folge dessen kam es zu einer verzögerten Behandlung und damit zu einer Reduktion der Heilungschancen (ebd.: 21). Auch Gaebel und Wölwer (2010) weisen auf die negativen Folgen für den Krankheitsverlauf hin:

„Das der Erkrankung anhaftende Stigma behindert oftmals auch eine frühzeitige Erkennung und erfolgreiche Behandlung der Erkrankung. Aus Angst vor der als diskriminierend wahrgenommenen Diagnose suchen die Betroffenen nicht oder zu spät ärztliche Hilfe, mit negativen Folgen für den Verlauf der Erkrankung.“ (ebd.: 21f.)

Die Auswirkungen, die Stigmatisierung von psychischen Krankheiten auf das Hilfesuchverhalten und das Inanspruchnehmen von psychiatrischer Hilfe hat, untersuchten auch Corrigan, Druss und Perlick (2014). Sie sind zu dem Ergebnis gekommen, dass Vorurteile und Diskriminierungen aufgrund des Stigmas *psychisch krank* einen bedeutenden Grund darstellen, psychiatrische Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen. Dabei unterscheiden sie zwischen zwei Arten von Barrieren. Zum einen sehen sie bestimmte Haltungen und Einstellungen, die die Entscheidung Hilfe in Anspruch zu nehmen und eine Behandlung durchzuführen, erschweren. Dazu gehören auch das Nichtvorhandensein eines Netzwerks, welches dazu ermutigt einer Behandlung zuzustimmen, sowie der Glaube, Behandlungen seien nutzlos. Zum anderen sind es Barrieren innerhalb des Systems, wie bspw. Versicherungslücken, finanzielle Einschränkungen, Inkompetenz aufseiten der TherapeutInnen und mangelnde ärztliche Versorgung (ebd.: 37ff.).

Auch Assoziationen, dass die Psychiatrie „etwas Schlechtes ist, ein Sammelbecken für Gewalttäter mit psychischen Störungen [...] und dass man dort „eingesperrt“ ist und „nicht mehr rauskommt“ [...]“ (Quante 2014: 1952) können dazu führen, dass psychisch Kranke den Besuch bei PsychiaterInnen oder eine Einweisung in die Psychiatrie ver-

meiden.<sup>100</sup> Diese Tatsache bestätigen beide UPs: sie haben sich zu Beginn ihrer Erkrankung nicht selbstständig ärztliche Hilfe gesucht. Frau Schmidt wurde von ihrer Schwester eingewiesen, nachdem sie eine Überdosis an Medikamenten eingenommen hatte. Diese rief den Notarzt, der sie dann in die Klinik brachte (A.12.5.1, S.11, Z.80ff.). Auch Herr Maier wurde auf Anweisung seiner Schwester von der Polizei ins Krankenhaus gebracht (A.12.5.2, S.20, Z.53ff.).

Herr Maier hatte im Laufe von 14 Jahren drei Psychosen. Erst nach der dritten Psychose stand die eindeutige Diagnose Schizophrenie fest (A.12.5.2, S.20, Z.24ff.). Den Folgen der Bekanntgabe einer solchen Diagnose und den damit verbundenen Vorurteilen ist sich Herr Maier durchaus bewusst, wie in den vorigen Kapiteln bereits behandelt wurde. Viele wollen die Diagnose Schizophrenie nicht wahrhaben und gehen deshalb nicht zu ÄrztInnen. Deshalb sind es meist Familienangehörige, die letztlich aufgrund einer akuten Krise oder dem Bestehen von Eigen- oder Fremdgefährdung auf die Option Krankenhauseinweisung zurückgreifen.<sup>101</sup> Häufig wird der Kontakt zu ÄrztInnen vonseiten der Erkrankten jedoch auch deshalb nicht gesucht, weil diese sich nicht ernst genommen fühlen.

„Leider wissen wir auch, dass ein Gutteil der stigmatisierenden Interaktionen auch mit professionellen Helferinnen in der Psychiatrie stattfindet. Das ist besonders tragisch und erklärt vielleicht auch, warum Stigma sehr häufig auch ein Hindernis ist, professionelle Hilfe zu suchen.“ (Amering und Schmolke 2012: 236)

In diesem Punkt hat Herr Maier jedoch positive Erlebnisse gemacht. Er beschreibt, dass die erlebte Stigmatisierung bei ihm zu einem pragmatischen Umgang mit der Erkrankung geführt habe. So ist es momentan sein Wunsch, gemeinsam mit seinem Arzt, von dem er durchaus ernst genommen wird, über die Wahnhalte zu sprechen (A.12.6.3, Abb.31):

„Ich war letzte Woche bei dem Arzt und DER hat nicht von vornherein gesagt, das sei alles bloß Humbug was ich erlebt habe, sondern da können auch wahre Aspekte dringewesen sein. [...] Ich hätte eigentlich gerne einmal die Gelegenheit, vielleicht habe ich jetzt einen Arzt gefunden mit dem ich das machen kann, wo ich einmal den Inhalt von diesen Erkrankungen irgendwie besprechen kann oder versuchen kann zu erklären, mit Hilfe des Arztes.“ (A.12.5.2, S.27, Z.435ff.; S.26, Z.385ff.)

Dabei ist Herr Maier sich dessen bewusst, dass es für Schizophrenieerkrankte durchaus nicht üblich ist, von ÄrztInnen für voll genommen zu werden. Stattdessen gehe es vorrangig um die optimale Medikation:

---

<sup>100</sup> An dieser Stelle kann jedoch auch auf Untersuchungen hingewiesen werden, die zeigen, dass sich das Image der Psychiatrie und ihrer Behandlungsmethoden in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich verbessert hat. Außerdem sind heute mehr Menschen bereit PsychiaterInnen aufzusuchen oder eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (Schomerus und Angermeyer 2014: 60).

<sup>101</sup> Eine Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts befragte Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Abteilung nach den Gründen für eine Krankenhauseinweisung bei Menschen mit Schizophrenie im Jahr 2012. Das Ergebnis zeigt, dass es standardmäßig die akute Krise ist, die zur Einweisung führt. Dem folgt die Eigengefährdung und schließlich die Fremdgefährdung sowie Suizidgefahr (DKI 2014: 37).

„Weil normalerweise ist es üblich, einfach nur die Medikation optimal einzustellen, soweit das möglich ist, mit Try and Error, und dann zu schauen was passiert, oder was passt und was passt nicht, und dann probiert man das nächste Medikament aus.“ (A.12.5.2, S.26, Z.388ff.)

So ist Herr Maier, was die Medikamenteneinnahme angeht, etwas kritisch eingestellt. Er ist sich den zahlreichen Nebenwirkungen bewusst und sieht darin auch eine Grundlage für Stigmatisierung. Trotzdem weist Herr Maier eine gute Adhärenz<sup>102</sup> auf. Nach seiner ersten Psychose nahm er lange Zeit Medikamente ein und hat diese nur in Absprache mit der Ärztin wieder abgesetzt. Auch das Absetzen der Medikation nach der zweiten Psychose erfolgte gemeinsam mit dem Arzt. Dabei musste er jedoch auch einen Rückfall erleben (A.12.5.2, S.20, Z.24ff.).

Schließlich sei noch auf die Verbindung von Selbststigmatisierung und deren Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hingewiesen. Aydin und Fritsch (2015) belegen, dass

„Patienten, die das Stigma einer psychischen Erkrankung sehr stark auf sich beziehen, [...] eine **geringere Krankheitseinsicht** [zeigen], da sie davon ausgehen, dass der Therapeut ihre negative Selbstbewertung teilt.“ (ebd.: 251)

Dadurch sei der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn behindert. Außerdem seien Betroffene weniger offen für therapeutische Eingriffe, würden häufiger Therapiesitzungen absagen und schneller zu einem Therapieabbruch neigen (ebd.: 251).

Das Wissen um die bestehenden Vorurteile über die Krankheit Schizophrenie und die damit verbundene Stigmatisierung kann sich auf das Hilfesuchverhalten und die Adhärenz der Betroffenen auswirken. Wie oben dargestellt wurde, besteht in vielen Fällen eine geringere Bereitschaft PsychiaterInnen aufzusuchen, die Diagnose anzuerkennen, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen und Medikamente einzunehmen. Aus diesem Grund verzögern viele Betroffene das Aufsuchen psychiatrischer Hilfe wodurch ein Behandlungsbeginn verzögert wird. Dies wiederum wirkt sich negativ auf den Krankheitsverlauf aus. So kann eine direkte oder indirekte Folge von Stigmatisierung eine Verschlechterung der Krankheit oder ein Rückfall sein.

## 5.5 Zusammenfassung

Stigmatisierung von Schizophrenie ist vielfältig. Das hat vorliegendes Kapitel gezeigt. Sie weist eine Geschichte und eine Gegenwart auf. Sie hat zahlreiche Gründe und verschiedenste Erscheinungsformen. Sie wird sowohl von der Gesellschaft, als auch von den Betroffenen selbst praktiziert. Und sie hat die unterschiedlichsten Auswirkungen auf das Leben der Erkrankten. Eine tabellarische Zusammenfassung der unter-

<sup>102</sup> Der Begriff *Adhärenz* wird vom englischen *adherence* abgeleitet und mit „Aufrechterhalten, Festhalten, Anhaften, Befolgen“ übersetzt. Im medizinischen und pflegerischen Kontext beschreibt Adhärenz die Therapietreue bzw. Einhaltung gemeinsam entwickelter Behandlungsziele (Schulz und Needham 2011: 608ff.).

schiedlichen Formen von Stigmatisierung und ihren Auswirkungen wurde in Anlehnung an Corrigan, Druss und Perlick (2014: 42) erstellt und ist im Anhang A.12.7 einsehbar. In diesem Kapitel wurden die ST der beiden UPs Frau Schmidt und Herr Maier herausgearbeitet und mit dem Wissen der aktuellen Forschung und Literatur ergänzt. Zu den Hauptgründen der Stigmatisierung zählen die Berichterstattung in den Medien und die dortige negative Darstellung der Krankheit Schizophrenie. Dies bestärkt die Vorurteile und führt zu Verallgemeinerungen. Hinzu kommen mangelndes Wissen über die Krankheit sowie falsche Assoziationen mit dem Begriff Schizophrenie.

Die Formen der Stigmatisierung wurden auf vier Bereiche aufgeteilt. In dem Bereich der interpersonellen Interaktion sind es vor allem Unverständnis, Ablehnung und soziale Ausgrenzung. Aber auch Kontaktvermeidung, Beleidigung, Spott, Bevormundung, fehlendes Zutrauen und Schuldzuweisungen können auftreten. Als zweite Form der Stigmatisierung wurde das Bild der Krankheit in der Öffentlichkeit benannt. Hierzu gehören negative Darstellungen in den Medien, Verallgemeinerungen und fehlerhafte Berichterstattungen. Dadurch werden gewisse Vorurteile wie unberechenbar, gefährlich, gewalttätig und verrückt geschürt. Die strukturelle Diskriminierung stellt eine weitere Form der Stigmatisierung dar. Hierbei sind vor allem Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten in den Bereichen Arbeit, Wohnung und Gesundheitswesen auffällig, die aufgrund von Einschränkungen in diversen Gesetzen, politischen Entscheidungen und gewissen Strukturen auftreten. Eine mangelnde Qualität psychiatrischer Versorgung, fehlende Kostenübernahmen, benachteiligende Behandlungen bei ÄrztInnen oder Absagen bei Bewerbungen auf dem Arbeits- oder Wohnungsmarkt sind hier anzutreffen. Und schließlich zeigt sich Stigmatisierung in einem vierten Bereich: dem Zugang zu sozialen Rollen. Hier sind vor allem die Bereiche Arbeitsstelle, Wohnungsmarkt, Partnerschaft und andere Beziehungen betroffen. Betroffenen wird der Zugang zu sozialen Rollen aufgrund ihrer Diagnose und der damit verbundenen Vorurteile verwehrt. Häufig tritt soziale Distanz auf und es kann sogar zum Ausschluss aus der Familie kommen.

Diese unterschiedlichen Formen der Stigmatisierung können sich vielfältig auf das Leben der Betroffenen auswirken. Zum einen hat es Folgen auf die sozialen Interaktionen. Viele Betroffene ziehen sich zurück, meiden Kontakte aus Unsicherheit und Angst vor Ablehnung, isolieren sich von ihrem Umfeld und vereinsamen. Kommunikation ist geprägt von Spannung, Abwertung, Unsicherheit, Angst und Scham. Die Kontakte beschränken sich meist auf Familie und Psychiatrieszene. Zum anderen hat es Auswirkungen auf die soziale Teilhabe. Da der Zugang zu gewissen Positionen und Ressourcen verwehrt oder zumindest erschwert ist, ist auch die soziale Integration in die Gesellschaft von Einschränkungen geprägt. Viele geben die Arbeits- oder Partnersuche auf oder entscheiden sich dazu, ihre Diagnose zu verheimlichen. Aber auch die wirtschaftlichen Auswirkungen wie Armut, Arbeitslosigkeit oder Schulden können schwerwiegend

sein. Weitere Auswirkungen finden sich auf der Ebene der Identität. Die eigene Identität wird angegriffen, negative Gedanken stufen den Selbstwert herab. Gefühle von Einsamkeit, Schuld, Scham und Minderwertigkeit sind häufig anzutreffen und führen im schlimmsten Fall bis hin zum Suizid. Und schließlich wirkt sich Stigmatisierung auf den Krankheitsverlauf aus. Die Behandlungs- und Heilungschancen vermindern sich, da die ärztliche Hilfe gar nicht oder zu spät aufgesucht wird. Aus Angst vor einer Diagnose oder aufgrund negativer Assoziationen mit der Psychiatrie werden Kontakte dorthin vermieden, Medikamenteneinnahmen verweigert und ärztliche Ratschläge abgelehnt. Eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs und Rückfälle können die Folge sein.

Das alles geschieht durch Stigmatisierung und kann durch Selbststigmatisierung noch verstärkt werden. Betroffene stehen in der Gefahr, die Stereotype, die über sie und ihre Krankheit bestehen, zu erkennen, zu bejahen und auf sich selbst zu beziehen. Unabhängig davon, welcher Bereich in welcher Intensität betroffen ist: „Das zentrale Problem des Stigmatisierten [...] ist das der Anerkennung als Person und als gesellschaftlicher Partner.“ (Hohmeier 1975: 6f.). So kann als wohl gravierendste Stigmafolge die Identitätsbeschädigung der Stigmatisierten genannt werden – oder wie Finzen (2013) es ausdrückt: „Die Stigmatisierung trifft die Stigmatisierten im Kern ihrer Persönlichkeit.“ (ebd.: 153). Aus diesem Grund ist sie häufig präsenter, einschränkender und schmerzvoller als die eigentliche Krankheit Schizophrenie. So spricht Finzen (2015) von Stigmatisierung als *zweiter Krankheit*. Er beschreibt, dass

„die psychisch Kranken über die einschneidenden Krankheitsfolgen hinaus durch eine Art »zweiter Krankheit« geplagt werden. Durch die Kumulation von Vorurteilen, Diskriminierung und Stigmatisierung führt diese zu einer Beschädigung der Identität der Betroffenen. Sie wertet sie ab. Sie macht sie letztlich als Schwerkranken zu wehrlosen Opfern gesellschaftlicher Ausschlussrituale. Es ist leicht zu begreifen, dass das Stigma damit zu einem massiven Hindernis der Therapie wird. Zugleich wird es zu einer anhaltenden Bedrohung der Genesenden auf dem Weg zurück in die Gemeinschaft der Gesunden, in die Gesellschaft.“ (ebd.: 54)

Mit dieser zweiten Krankheit gilt es umzugehen. Es geht darum, Auswirkungen abzumildern und Strategien der Abwehr zu entwickeln. Nachdem sich dieses Kapitel ausführlich der Darstellung der Forschungsergebnisse gewidmet hat und die ST der beiden UPs zu Ursachen, Formen und Auswirkungen erlebter Stigmatisierung erhoben hat – ergänzt durch Ergebnisse aus anderen Forschungen und Literatur – wird das nun folgende Kapitel sich mit dem Umgang mit Stigmatisierung auseinandersetzen.

## 6 Umgang mit Stigmatisierung als Aufgabe der Sozialen Arbeit<sup>103</sup>

Stigmatisierung hat zahlreiche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Deshalb ist es unverzichtbar nach einem *guten* Umgang mit dieser Stigmatisierung zu suchen. Dabei ist Stigmabewältigung bzw. Stigmamanagement sowohl Aufgabe der Betroffenen als auch Ziel der professionell Tätigen. Im Folgenden sollen drei Ebenen betrachtet werden. Zu Beginn wird untersucht inwiefern Stigmabewältigung in Zusammenarbeit verschiedener Berufe betrachtet werden sollte. Hierbei wird vor allem der transprofessionelle Kontext betrachtet. In einem zweiten Schritt steht die Bekämpfung von Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene im Fokus. Wie kann die Öffentlichkeit für dieses Thema sensibilisiert werden und was führt zu Entstigmatisierung? Diese und weitere Fragen sollen bearbeitet werden bevor in einem dritten Schritt die individuelle Ebene betrachtet wird. Hierbei stehen die Betroffenen selbst im Mittelpunkt. Untersucht werden Methoden um Selbststigmatisierung zu verhindern sowie Ansätze des Stigma-Managements. Psychoedukation, Empowerment und Selbsthilfe spielen hier eine Rolle.

### 6.1 Umgang mit Stigmatisierung im transprofessionellen Kontext

Mit der hier behandelten Gruppe der Schizophreniekranken arbeiten unterschiedliche Professionen: ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, PflegerInnen, SozialarbeiterInnen. Sie alle sollten nicht nur für sich, sondern auch im transprofessionellen Kontext nach Konzepten suchen, um mit der Ursache, den Formen und den Auswirkungen von Stigmatisierung umzugehen. Im Hinblick auf die Soziale Arbeit soll an dieser Stelle ein Blick in die Sozialpsychiatrie<sup>104</sup> geworfen werden, da sie einen wichtigen Teilbereich sowohl der Psychiatrie als auch der Sozialen Arbeit darstellt. Hanses (2011) plädiert für eine Ergänzung zwischen Sozialer Arbeit und Psychiatrie:

---

<sup>103</sup> Ich lege in diesem Kapitel das Augenmerk auf die Profession Soziale Arbeit. Hierbei verstehe ich Soziale Arbeit gemäß Kleve und Wirth (2013) als „eine kommunikative Praxis, die deshalb so komplex ist, weil sie gerade nicht – wie etwa Medizin, Psychologie oder Jurisprudenz – Ausschnitte, Spezialgebiete des Menschen thematisiert. Vielmehr steht Soziale Arbeit zwischen diesen Spezialgebieten.“ (ebd.: 84). Das Besondere der Sozialen Arbeit – und das was sie von anderen Professionen unterscheidet – ist: „ihre *drei*-dimensionale Ausrichtung: Ihr Bezug auf soziale, psychische und biologische (körperliche) Dimensionen der menschlichen Existenz.“ (ebd.: 84). Dieser unter anderem in der Sozialen Arbeit vertretene ganzheitliche Blick ermöglicht es, auch das miteinzubeziehen, was durch andere Professionen nicht bearbeitet wird. Diese Eigenschaften der Profession Soziale Arbeit nehmen auch in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen eine wichtige Funktion ein. So hat „Sozialarbeiterisches [...] Denken und Handeln [...] *alle* Systeme, die das Menschliche tangieren – biologische, psychische und soziale – potenziell zu beachten. Es kann sich nicht wie andere Professionen spezialisieren auf die Betrachtung nur eines dieser Systeme.“ (ebd.: 89). In Bezug auf diesen ganzheitlichen Blick sei auf Knoll (2015) hingewiesen, der den Menschen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und unterschiedliche Dimensionen des Menschseins erläutert.

<sup>104</sup> Gemäß Ciompi (2015) verstehe ich Sozialpsychiatrie als „diejenige Unterdisziplin der Psychiatrie, die psychisch kranke Menschen in enger Verbindung mit ihrer sozialen Umwelt zu verstehen und zu behandeln sucht.“ Dabei werden sowohl biologische, soziale und psychologische Komponenten betrachtet, als auch das soziale Umfeld, bestehend aus Familie, Wohn- und Arbeitssituation, in die Behandlung miteinbezogen (ebd.). Häufig werden die Begriffe Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie gleichgesetzt. Dafür gibt es GegnerInnen und BefürworterInnen. Ohne auf diesen fachlichen Diskurs näher einzugehen, unterscheide ich an dieser Stelle nicht zwischen diesen beiden Begriffen.

„Wie schon betont, handelt es sich bei der Gemeindepsychiatrie um ein interprofessionelles Feld. Zwar haben die Mediziner weiterhin die diagnostische Definitionshoheit, gleichzeitig lassen sich die veränderten Aufgaben und Herausforderungen der Gemeindepsychiatrie nicht mehr allein durch medizinische Strategien lösen, sondern bedürfen anderer professioneller Kompetenzstrukturen. Insbesondere die Integration psychisch erkrankter Menschen in Arbeits- und autonome Wohnverhältnisse hat den Einbezug Sozialer Arbeit in dieses Berufsfeld erfordert. Mittlerweile stellt die Soziale Arbeit die größte Professionsgruppe in der Gemeindepsychiatrie dar. Umgekehrt ist die Psychiatrie für die Soziale Arbeit ebenso ein bedeutsames Arbeitsfeld im Kontext des Gesundheitsbereichs geworden.“ (ebd.: 467)

Hanses sieht die Hauptaufgaben der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Personengruppe der psychisch erkrankten Menschen in deren psychosozialen Betreuung und Integration in die Gemeinde. Dazu gehören für ihn klar die „Unterstützung eines eigenständigen oder betreuten Wohnens [...], die Unterstützung der Tagesstrukturierung [...], die berufliche[...] Rehabilitation [...], Krisenversorgung [...].“ (ebd.: 467). Er sieht aber auch den klaren sozialpsychiatrischen Ansatz „gesellschaftliche Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen abzubauen und Stigmatisierung zu vermeiden.“ (ebd.: 464). Gaebel, Ahrens und Schlamann (2010) analysierten vergangene Antistigma-Maßnahmen in Deutschland. Sie kamen unter anderem zu dem Ergebnis, dass die zentralen Institutionen, die es ermöglichten Antistigma-Projekte durchzuführen, die psychiatrischen Kliniken sowie sozialpsychiatrische Einrichtungen und sozialpsychiatrische Dienste waren. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen und der dortigen Angestellten wirkte sich positiv aus (ebd.: 51).

Natürlich kann Stigmabewältigung in jeder Profession gesondert angegangen werden. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit. Hierbei tauschen sich die unterschiedlichen Professionen aus, bleiben jedoch bei ihren eigenen Konzepten. Eine weitere Option stellt die sogenannte Transprofessionalität dar. Hier arbeiten mehrere Professionen gemeinsam an zum Teil neuen Konzepten. Die Problemstellung wird aus den jeweils spezifischen Sichtweisen wahrgenommen um dann gemeinsame Ziele und Methoden festzulegen. Die Arbeit im transprofessionellen Kontext ist dann sinnvoll, wenn sich die Problemstellung nicht eindeutig einer Profession zuordnen lässt (Mahler u.a. 2014).<sup>105</sup> Dies ist bei vorliegender Thematik der Stigmatisierung und ihrer Bekämpfung der Fall. Sowohl Ursachen als auch Formen und Auswirkungen der Stigmatisierung sind so vielfältig, dass sich die Aufgabe der Stigmabewältigung nicht auf eine einzige Profession übertragen lässt.<sup>106</sup>

So ist es für alle professionell Tätigen wichtig, sich im Umgang mit den Betroffenen ihren eigenen Vorurteilen und Einstellungen gegenüber der Krankheit Schizophrenie bewusst zu werden. Finzen (2013) ist der Überzeugung:

---

<sup>105</sup> Mahler u.a. (2014) sind der Überzeugung, dass eine Zusammenarbeit und Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen unabdingbar ist um die Versorgung der PatientInnen bestmöglich zu erfüllen. Dazu gehören im Gesundheitswesen vor allem Mediziner, PflegerInnen und SozialarbeiterInnen.

<sup>106</sup> Trotzdem sollte eine *Leitdisziplin* zur Leitung und Koordination der Stigmabewältigung festgelegt werden. Dies kann von Fall zu Fall variieren und ist meines Erachtens nicht pauschal festzulegen.



„Das heißt unter anderem, dass wir uns selbst immer wieder fragen müssen, welche sozialen Vorstellungen (Repräsentanzen) von Schizophrenie in uns lebendig sind und ob es uns selbst als Therapeutinnen und Therapeuten gelingt, den irrationalen Anteil davon zu begreifen und im Rahmen der Behandlung zu kontrollieren.“ (ebd.: 142)

Was Finzen hier auf die Berufsgruppe der TherapeutInnen bezieht, kann meiner Meinung nach auf alle weiteren Berufsgruppen übertragen werden, die mit den Stigmatisierten zusammenarbeiten. So ist es von großer Bedeutung, Betroffene mit ihrer Erkrankung ernst zu nehmen, ihnen auf Augenhöhe zu begegnen und ihnen genauso viel Beachtung zu schenken wie anderen Menschen.<sup>107</sup>

Die Recherchearbeiten fanden kaum praktische Beispiele für den Umgang mit Stigmatisierung im transprofessionellen Kontext.<sup>108</sup> Wenn auch jede Profession für sich Ansätzen der Stigmabekämpfung nachgeht, so finden aktuell selten Verknüpfungen oder Kooperationen statt. In diesem Bereich scheint es noch viel Potential und Ausbaufähigkeit zu geben. Trotzdem gibt es Initiativen bei denen sich Menschen unterschiedlicher Profession beteiligen, um aktiv gegen Stigmatisierung vorzugehen. Dazu gehören unter anderem *open the doors* und *BASTA*, Antistigma-Kampagnen unter der Zusammenarbeit von ÄrztInnen, TherapeutInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegekräften, JournalistInnen, Psychiatrie-Erfahrenen, Betroffenen und Angehörigen. Diese Form der Stigmabekämpfung führt uns zur gesellschaftlichen Ebene.

## 6.2 Umgang mit Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene

Eine Möglichkeit, Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene zu bekämpfen, liegt in der Öffentlichkeitsarbeit. Hier sind es vor allem die Antistigma-Kampagnen und andere öffentliche Initiativen, die zum Ziel haben, durch Aufklärung zur Entstigmatisierung beizutragen.<sup>109</sup> Finzen (2013: 143) nennt es ein ehrgeiziges Ziel, die Öffentlichkeit, also die Gesellschaft, zu entstigmatisieren.<sup>110</sup> Er verweist auf den Weltverband für Psychiatrie (WPA), der in den letzten Jahren zahlreiche Kampagnen zur Entstigmatisierung der Krankheit Schizophrenie durchführte. Unter dem Slogan *Open the Doors* gab es über

<sup>107</sup> Freimüller und Wölwer (2012) haben einen Ansatz entwickelt, bei dem psychiatrisch Tätigen Antistigma-Kompetenz gelehrt werden soll. Sie beschreiben Antistigma-Kompetenz als „Fähigkeit, sich wirksam gegen Stigma und Diskriminierung zu richten. Sie drückt sich in Wissen, Haltungen und Verhalten aus und bedeutet einen aktiven Beitrag zu einem respektvollen und gleichberechtigten Miteinander.“ (ebd.: 7) Freimüller und Wölwer wählten als Zielgruppe bewusst die psychiatrisch Tätigen aus, da diese in direktem Kontakt mit den Betroffenen stehen, selbst Opfer von Stigmatisierung werden können, aber auch positiv durch konkretes Handeln zur Destigmatisierung führen können (Finzen 2013: 151).

<sup>108</sup> Als Beispiel für eine generelle interprofessionelle Zusammenarbeit sei hier die Integrierte Versorgung erwähnt. Sie regelt sich über §140 SGB V und meint eine „interdisziplinär-fächerübergreifende Versorgung“ der PatientInnen. Hierbei werden ambulante, stationäre und rehabilitative Hilfen durch die Zusammenarbeit von ÄrztInnen, Kliniken, Gemeindepsychiatrische Zentren, Krankenkassen und anderen Leistungserbringern verknüpft (Amshoff u.a. 2010: 934).

<sup>109</sup> Im Anhang A.12.8 befindet sich eine Tabelle (Tab.3), die eine Übersicht über Antistigma-Initiativen in Deutschland gibt. Diese Tabelle ist nicht vollständig.

<sup>110</sup> Untersuchungen von Schomerus und Angermeyer (2013: 60) zeigten, dass 40% der Befragten beunruhigt wäre, wenn in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft eine Wohngemeinschaft wäre, in der psychisch kranke Menschen zusammen wohnten. Obwohl die psychiatrische Versorgung in der Gemeinde in den letzten Jahren stark gewachsen ist, nahm die Zustimmung für eine solche Versorgung ab (von 34% im Jahr 1990 auf 25% im Jahr 2011).

30 Initiativen in beinahe zwanzig Ländern. In diesem Zusammenhang entstand z.B. in Deutschland 2001 *BASTA – das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen*.<sup>111</sup> Die Wirksamkeit dieser Initiativen ist jedoch fraglich. In Kapitel fünf wurde bereits auf Studien verwiesen, die belegen, dass die Vorurteile und die soziale Distanz gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, in den letzten Jahren sogar zugenommen hat. Auch Aydin und Fritsch (2015: 253) weisen auf Untersuchungen hin, die belegen, dass Antistigma-Kampagnen kaum Erfolg haben, es sei denn es findet in diesem Zusammenhang ein direkter Kontakt mit Betroffenen statt. So zeige sich, dass Menschen, die einen persönlichen Kontakt zu Erkrankten haben, vorhandene Vorurteile seltener bestätigen und weniger Angst gegenüber den betroffenen Personen haben. Reine Aufklärungsarbeit und Informationsvermittlung reiche also nicht aus, um Verständnis und Toleranz für die Krankheit Schizophrenie zu verbessern. Es braucht den direkten Kontakt zu Betroffenen, um vorhandene Vorurteile und Stigmatisierungen abzubauen (ebd.: 253).<sup>112</sup>

Um die Stigmatisierung von Schizophrenie zu verringern, können außerdem positive Identifikationsfiguren beitragen. Das können berühmte Personen sein, die selbst an Schizophrenie leiden, ihre Diagnose bekanntgeben und erzählen, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen. Durch dieses Veröffentlichen und Beschreiben vom Leid aber auch Bewältigen dieser Krankheit, können Vorurteile abgebaut werden. Als Beispiele können der Nobelpreisträger John Nash oder die Psychologin Arnhild Lauveng<sup>113</sup> genannt werden (Amering und Schmolke 2012: 240f.).

Auf einen weiteren interessanten Aspekt um Entstigmatisierung voranzutreiben kommen Aydin und Fritsch (2015) zu sprechen. Sie erachten es als wichtig, auf die Sprache zu achten, da diese Realität forme. So benutze die Gesellschaft noch zu häufig Wörter wie *Schwachsinnige, Irre, Psychos, Irrenanstalt* oder *Klasmühle* um Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind oder die Psychiatrie zu beschreiben. Außerdem

<sup>111</sup> Die Gesundheitsberichterstattung schreibt in diesem Zusammenhang: „Im Hinblick auf die zentrale Bedeutung der Bekämpfung sozialer Stigmatisierung für das Schicksal schizophrener Erkrankter, ihre frühe Behandlung und erfolgreiche Rehabilitation, hat der Weltverband für Psychiatrie (World Psychiatric Association, WPA) ein weltweites Programm unter dem Titel »Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia – Open the Doors« ins Leben gerufen. In Deutschland wurde dieses Programm seit 1999 von einer großen Zahl psychiatrischer Zentren in Kooperation mit dem Kompetenznetz Schizophrenie übernommen. Aus dieser Initiative ging inzwischen ein Nationales Programm zur Entstigmatisierung Seelischer Erkrankungen – das »Nationale Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit« – hervor, das der Verein »Open The Doors« zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ins Leben rufen konnte.“ (Gaebel und Wölwer 2010: 30) Nähere Informationen zu diesen Programmen gibt es auf deren Internetseiten: [www.openthedoors.de](http://www.openthedoors.de) und [www.bastagegenstigma.de](http://www.bastagegenstigma.de)

<sup>112</sup> Diesen direkten Kontakt mit Betroffenen als Erfolgsrezept vertritt auch der dialogische Verein *Irre menschlich Hamburg* e.V. Hier arbeiten TherapeutInnen, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige gemeinsam an einer sogenannten *Antistigma-Arbeit von unten*. Das Ziel ist, durch direkte Begegnungen bei Informationsveranstaltungen, Projekten, Fortbildungen etc. gegen die bestehenden Vorurteile vorzugehen und Toleranz und Sensibilität zu fördern. Dazu gehen sie an Schulen, kirchliche und kulturelle Einrichtungen und führen Veranstaltungen für die unterschiedlichsten Gruppen (SchülerInnen, JournalistInnen, LehrerInnen, PolizistInnen, PastorInnen, etc.) durch (Irre menschlich e.V. 2016).

<sup>113</sup> Das Leben von Nash und die Auswirkungen der Schizophrenie wurden im Film *A beautiful mind* verarbeitet. Lauveng verarbeitete ihre Krankheit in ihrem Buch *Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte*.

werde das Wort *schizophren* als Schimpfwort benutzt oder um auszudrücken, dass ein bestimmtes Denken oder Handeln widersprüchlich oder unberechenbar sei. Im Bestimmen und Gestalten der öffentlichen Meinungsbildung sehen sie es vor allem als Verantwortung der Medien, durch benutzte Sprache und generierten Stereotypen in öffentliche Berichterstattungen und Darstellungen der Schizophrenie in Filmen Stigmatisierung entgegenzuwirken (Aydin und Fritsch 2015: 252).

Amering und Schmolke (2012: 245ff.) verweisen auf vier Modelle, die Liz Sayces (Leiterin der britischen Behinderten-Organisation *Disability Rights UK*) entwarf, um Stigma und Diskriminierung von psychisch kranken Menschen zu überwinden.

1. Modell „the brain disease model“: Hierbei geht es um die Gleichstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und solchen mit körperlichen Erkrankungen. Diese Gleichstellung beinhaltet vor allem den Zugang zu Versicherungsleistungen und Behandlungen.
2. Modell „the individual growth model“: Dieses Modell soll vermitteln, dass die psychische Gesundheit eines jeden Menschen im Laufe seines Lebens betroffen und gestört sein kann. Ziel ist die Abschaffung der Differenzierung zwischen *den Kranken* und *den Gesunden*.
3. Modell „the libertarian model“: Bei diesem Modell werden psychiatrische Diagnosen und die damit einhergehenden kritischen Behandlungen mit Medikamenten oder Zwangseinweisungen in Frage gestellt. Menschen mit psychischer Erkrankung sollen alle Rechte und die vollste Verantwortung zugesprochen werden.
4. Modell „the disability inclusion model“: Hier steht das politische Ziel der vollen Teilhabe in allen Bereichen der Gesellschaft im Mittelpunkt. Soziale Inklusion soll das Ergebnis des Kampfes gegen Diskriminierung und Stigmatisierung sein, wobei alle anderen drei Modelle inkludiert werden können.

Amering und Schmolke (2012) fassen zusammen: „Diskriminierung kann auf allen Ebenen der Gesellschaft beschrieben und bekämpft werden.“ (ebd.: 247)

Auch Büchter u.a. (2013: 3) haben untersucht, wie Stigmatisierung vorgebeugt und reduziert werden kann. Sie unterscheiden vier Strategien: Bildung, Kontakt, Protest, Andere (A.12.9, Tab.4). Im Bereich *Bildung* sehen sie die Möglichkeit, durch Vorträge an öffentlichen Bildungsstätten oder Medienkampagnen aufzuklären. Im Bereich *Kontakt* können durch Integrationsklassen oder dem persönlichen Kennenlernen von Betroffenen Vorurteile abgebaut werden. Durch Demonstrationen oder Beschwerden gegenüber negativen Berichterstattungen oder TV-Shows findet Entstigmatisierung im Bereich *Protest* statt. Letztlich besteht die Möglichkeit (Bereich *Anderes*) durch Antidiskriminierungsgesetze auf struktureller Ebene gegen Stigmatisierung vorzugehen oder durch simulierte Halluzinationen Empathie und Verständnis für die Erkrankung zu erhöhen.

Amering und Schmolke (2012) greifen die drei Strategien Protest, Edukation und Kontakt ebenfalls auf. Dabei betrachten sie die Strategie Kontakt als die erfolgreichste:

„Kontakt ist die Strategie, von der man weiß, dass sie zur Verringerung von Stigma beiträgt. Kennt man jemanden aus einer stigmatisierten Gruppe persönlich, neigt man weniger dazu, diese Gruppe zu stigmatisieren.“ (ebd.: 249)

Zum selben Ergebnis kommen Gaebel, Ahrens und Schlamann (2010: 10ff.) im Rahmen eines Antistigma-Projekts des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit.<sup>114</sup> Als Hauptzielgruppen für Antistigma-Aktionen sehen sie vor allem SchülerInnen, StudentInnen und das Gesundheitspersonal (ebd.: 19). Im internationalen Vergleich werden in Deutschland selten Medien als Aufklärungsmittel genutzt. Auch eine Kombination verschiedener Methoden wird kaum angewandt. In den Empfehlungen zur Umsetzung von zukünftigen Entstigmatisierungs-Interventionen in Deutschland wird deshalb folgendes empfohlen: „[...] zukünftige Projekte sollten daher mit Hilfe von Methodenkombination vielschichtiger angelegt sein und die Medien mehr miteinbeziehen.“ (ebd.: 43). Darüber hinaus sollte Antistigma-Arbeit hauptsächlich in den Bereichen der psychiatrischen Versorgung, der Arbeit, der breiten Öffentlichkeit, der Gesundheits- und Sozialsysteme (z.B. Krankenkassen, Sozialämter, Arbeitsämter) und der Rechtsprechung (z.B. Familiengericht) stattfinden. Der Bereich der psychiatrischen Versorgung scheint hierbei ganz oben zu stehen. Die Gründe dafür sehen Gaebel, Ahrens und Schlamann (2010) zum einen darin, dass in der psychiatrischen Versorgung häufig stigmatisierendes Verhalten stattfindet, zum anderen, dass psychiatrisch Tätige effektiv zur Reduktion von Selbststigmatisierung beitragen können (ebd.: 58).<sup>115</sup> Eine tabellarische Übersicht über die verschiedenen Bereiche und Zielgruppen von Antistigma-Interventionen sowie über die damit verbundenen Zielsetzungen findet sich im Anhang A.12.10, Tab.5.

---

<sup>114</sup> Sie verweisen auf Corrigan und O'Shaughnessy, die die Bekämpfung von Stigmatisierung ebenfalls den drei Ansätzen Protest, Aufklärung und Kontakt zuordnen. Beim Protest unterscheiden sie noch einmal zwischen öffentlichem Protest der auf ökonomischer Ebene agiert (z.B. durch die Boykottierung von Filmen) und Protest der auf moralischer Ebene versucht Scham hervorzurufen. Sie sehen jedoch auch die Gefahr eines *attitude rebounds*. Dieser besagt, dass negative Einstellungen sogar verstärkt werden können, da Menschen sich ungern eine Meinung vorschreiben ließen. Auf der Ebene der Aufklärung unterscheiden sie zwischen psychosozialen und biologischen Erklärungsmodellen. Biologische Erklärungsmodelle können Schuldgefühle aufseiten der Betroffenen minimieren, jedoch zeitgleich Angst und soziale Distanz im sozialen Umfeld erhöhen. Psychosoziale Erklärungen haben meist eine Reduzierung der Vorurteile zur Folge. Auf der Ebene des Kontakts sehen Corrigan und O'Shaughnessy den größten positiven Effekt im direkten Kontakt mit Betroffenen. Hier sei die stärkste Einstellungsänderung zu erkennen. Sie plädieren für Interventionen, die Aufklärung und Kontakt kombinieren und frühestmöglich an Schulen eingesetzt werden. Dabei sind psychisch kranke Menschen die geeignetsten Personen, gefolgt von PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen (Gaebel, Ahrens und Schlamann 2010: 10ff.).

<sup>115</sup> Gaebel, Ahrens und Schlamann (2010) verweisen in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, Strukturen in der psychiatrischen Versorgung anzulegen, die bewusst gegen Stigmatisierung vorgehen. Problematisch seien bspw. die „speziellen Angebote für psychisch erkrankte Menschen – Werkstätte für Menschen mit psychischen Behinderungen, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen mit verschiedenen Freizeitangeboten etc. – [...]“. Dadurch könne ganz automatisch Ausgrenzung stattfinden. Sie empfehlen deshalb, „verstärkt Hilfeangebote für psychisch erkrankte Menschen aufzubauen, die diese darin unterstützen, die Freizeitangebote der Gemeinde (Sportvereine, Kirchengemeinden, Volkshochschulen etc.) zu nutzen.“ Durch diese Integration können Vorurteile abgebaut werden und die Betroffenen in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt werden (ebd.: 58).

Antistigma-Arbeit kann durchaus einen positiven Beitrag zur Stigmabekämpfung beitragen. Jedoch muss stets bedacht werden, dass es sich bei der Veränderung von Überzeugungen und Einstellungen um einen Prozess handelt, der in der Regel mehrere Jahre in Anspruch nimmt (Finzen 2013: 148). Da die Betroffenen gegenwärtig Stigmatisierung erleben, brauchen sie auch Werkzeuge um gegenwärtig damit umgehen zu können. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit Möglichkeiten, auf die Betroffene im Umgang mit Stigmatisierung schon heute zurückgreifen können.

### **6.3 Umgang mit Stigmatisierung auf individueller Ebene**

Auch wenn Antistigma-Kampagnen durchaus einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung beitragen können, so ist dies wie verschiedene Forschungen gezeigt haben, nicht immer so erfolgreich und effektiv wie erhofft. Anstatt sich nur auf objektiv bestehende Diskriminierung zu konzentrieren, sollte vielmehr das subjektive Stigmaerleben der Betroffenen beachtet werden. Daraus können Möglichkeiten entwickelt werden, die helfen, gut mit dem Stigma leben zu können und möglichst wenig Einschränkungen in der eigenen Lebensqualität in Kauf nehmen zu müssen.

Wenn Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, Stigmatisierung erleben, haben sie unterschiedliche Optionen der Reaktion.<sup>116</sup> Ausschlaggebend ist die Frage der Identifikation mit der stigmatisierten Gruppe. Identifiziert sich die betroffene Person nicht mit der stigmatisierten Gruppe der Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, so reagiert sie gleichgültig. Identifiziert sie sich jedoch mit der Gruppe so unterscheiden Amering und Schmolke (2012) zwei Reaktionen: einerseits Empörung, wenn das Stigma als unberechtigt angesehen wird, andererseits Rückzug und Selbstwertverlust, wenn das Stigma als legitim empfunden wird (ebd.: 239).

Um einen Selbstwertverlust abzuwenden unterscheidet Tröster (2009: 150f.) in Anlehnung an Major und Eccleston fünf Bewältigungsstrategien, auf die Betroffene zurückgreifen:

1. Attraktivitätssteigerung als PartnerIn im sozialen Austausch (z.B. durch Beseitigung, Verheimlichung oder Kaschierung des Stigmas)
2. Kontakte oder Situationen, in denen Stigmatisierung stattfinden kann, vermeiden (z.B. Verzicht auf enge Beziehungen, Meidung von öffentlichen Plätzen)
3. Persönliches Engagement reduzieren (z.B. bewusstes Distanzieren von allgemeinen Erwartungen, kein Bemühen um einen Arbeitsplatz)

---

<sup>116</sup> Mit der Frage der Reaktion auf erlebte Stigmatisierung beschäftigte sich auch Rüsch (2010). Er benennt drei Modelle der Stigma-Bewältigung, die bislang jedoch kaum an psychisch Erkrankten erprobt wurden. „Dazu zählen (1) ein Stress-Coping-Modell von Stigma, (2) das Modell, wie sich die Wahrnehmung der eigenen diskriminierten Gruppe (ingroup) auf Selbstbild und Stigma-Bewältigung Betroffener auswirkt, sowie (3) die Unterscheidung zwischen ausdrücklichen («expliziten») und automatisch aktivierten («impliziten») Aspekten stigmatisierender Einstellungen.“ (ebd.: 287). In seiner Übersicht bringt er diese Modelle in Verbindung mit der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen und untersucht verschiedene Coping-Strategien, Scham-Reaktionen, Selbststigma, Selbstvorwürfe etc. Am Ende gibt er Empfehlungen für Antistigma-Kampagnen, künftige Studien und Stigma-Messinstrumente (ebd.: 287ff.).

4. Alternative Beziehungen leben (z.B. Bevorzugen von wertschätzenden und anerkennenden Beziehungen, vorwiegend innerhalb der eigenen Gruppe)
5. Externale Zuschreibung der Ursache (z.B. erfahrene Ausgrenzung auf bestehende Vorurteile und nicht auf eigene Person zurückführen)

Um Stigmatisierung in persönlichen Begegnungen mit anderen Menschen zu vermeiden, listen Amering und Schmolke (2012) drei Strategien auf: Aufklärung, Geheimhaltung und Kontaktvermeidung.<sup>117</sup> Dabei haben alle drei Strategien sowohl Vor- als auch Nachteile: Geheimhaltung kann zu Stress führen, Kontaktvermeidung kann zur Störung der sozialen Integration führen, Aufklärung und Offenlegung der Diagnose kann Zurückweisung mit sich bringen, usw. (ebd.: 236).

Goffman (1977) unterscheidet außerdem zwischen dem Umgang mit Stigmatisierung von Diskreditierbaren und Diskreditierten. Bei den Menschen, die ihr Stigma nicht eindeutig sichtbar tragen, gehe es vor allem darum, das Stigma zu kontrollieren und zu entscheiden, ob man es verheimlicht oder preisgibt. Ist das Stigma jedoch eindeutig sichtbar, geht es vorrangig darum, sich mit den Auswirkungen der Stigmatisierung zu beschäftigen (ebd.: 94, 144). Somit geht es im Umgang mit Stigmatisierung auch um die große Frage: verheimlichen oder offenbaren? Dieses Stigma-Management, die Informationskontrolle, wird zum ständigen Begleiter der Betroffenen.<sup>118</sup> In seinem Artikel „Die Krankheit verstecken“ geht Finzen (2010) auf die Frage ein, ob Betroffene ihre Krankheit verschweigen oder preisgeben sollten. Er nennt sowohl Für als auch Wider, wobei die Nachteile einer Preisgabe augenscheinlich überwiegen:

„Wer öffentlich zugibt, dass er an einer schizophrenen Psychose leidet oder gelitten hat, läuft in manchen Bundesländern auch heute noch Gefahr, seinen Führerschein zu verlieren [...] Wer schizophren ist, wird im öffentlichen Dienst nicht eingestellt und schon gar nicht beamtet. Wer schizophren ist, erhält keine Approbation als Arzt. Alles dies nicht etwa, weil er Symptome hat, die seine Eignung in Frage stellen [...], sondern ausschließlich und allein wegen des Wortes, wegen der Diagnose, des Etiketts Schizophrenie.“ (ebd.: 9)

Aber auch negative Folgen wie Ausschluss aus gesellschaftlichen Treffen, Benachteiligungen bei der Wohnungssuche, Lästereien des sozialen Umfelds, übertriebenes Bemitleidet werden oder die Ausweitung der Stigmatisierung auf Angehörige, können

<sup>117</sup> Diese Strategien werden im Fachjargon meist *Coping-Strategien* genannt, was sich vom Englischen ableitet und mit *Bewältigungsstrategien* übersetzt wird. Diese Strategien helfen mit der Stigmatisierung umzugehen und negative Folgen zu minimieren (Amering und Schmolke 2012: 243).

<sup>118</sup> Auch Tröster (2009) thematisiert die verschiedenen Facetten des Stigma-Managements. Er ist der Meinung, dass die Verheimlichungsstrategie am häufigsten genutzt werde. Dies stelle jedoch viele Anforderungen an die Betroffenen: „Sie müssen sorgsam darauf achten, Gesprächsthemen zu vermeiden, die bei ihrem Interaktionspartner einen Verdacht auf ihr Stigma aufkommen lassen könnten [...] und sie müssen rechtzeitig Risiken erkennen, die dazu führen könnten, dass ihr Stigma entdeckt wird. Ein derartiges *Stigma-Management* erfordert ein hohes Ausmaß an Verhaltenskontrolle, um dem Gegenüber keinen Anlass für Verdächtigungen zu geben [...]. Darüber hinaus müssen Situationen gemieden werden, in denen die Gefahr des Entdeckt-Werdens besteht. [...] Eine weitere Gefahr droht durch enge soziale Beziehungen, in denen eine Verheimlichung des Stigmas auf Dauer nicht möglich ist.“ (ebd.: 153). Damit sei die Verheimlichungsstrategie mit großen psychischen Beeinträchtigungen (wie z.B. der Angst vor einer Stigma-Entdeckung, der Angst vor den Folgen dieser Entdeckung, der Aufwand der Geheimhaltung oder der soziale Rückzug) verbunden.

Nachteile einer Offenlegung der Diagnose sein. Daneben gibt es jedoch auch zahlreiche Vorteile, wenn Betroffene ihre Diagnose preisgeben. So müssen sie in Zukunft keine Angst mehr vor der Entdeckung ihrer Erkrankung haben, sie können in ihrem Alltag offen mit der Krankheit umgehen und erhalten möglicherweise sogar Unterstützung von anderen. Sie haben die Chance andere Menschen mit ähnlichen Problemen kennen zu lernen und können in ihrem Selbstvertrauen gestärkt werden (ebd. 9ff.). Einige dieser Reaktionen waren auch den UPs bekannt. Frau Schmidt erlebte eine Zunahme an Verständnis und Beachtung, was sie als sehr entlastend empfand. Jedoch musste sie auch mit negativen Reaktionen wie Beschimpfungen, Vorwürfen und Benachteiligungen zurechtkommen (A.12.6.2, Abb.14; Abb.15; Abb.20). Dasselbe erlebte Herr Maier. Er betonte vor allem die Bloßstellung vor Bekannten und die Benachteiligung bei der Arbeitssuche, die mit der Offenbarung der Diagnose in direkter Verbindung stehe. Aber auch er durfte erfahren, wie er mehr Verständnis, Fürsorge und Beistand erhielt, als er von seiner Diagnose erzählte (A.12.6.3, Abb.25; Abb.28).

Es wurde nun schon öfters darauf hingewiesen, dass es sich bei der Stigmatisierung von psychisch Kranken um einen besonderen Fall handelt. Vor der Erkrankung waren diese Personen Teil der Gesellschaft: sie waren integriert, teilten diverse Vorurteile und Werte und übten selbst Diskriminierung aus. Sobald sie nun erkrankten, geraten sie in einen emotionalen Konflikt, da sie nun selbst zu der Menschengruppe gehören, die sie vorher diskriminiert, abgewertet oder ausgegrenzt haben. Für Finzen (2013: 65) stellt dieser Konflikt eine große Herausforderung dar. Betroffene schaffen es kaum, vorhandene Vorurteile abzuwehren, die eigene Situation zu reflektieren und eine neue Identität aufzubauen. Wenn diesen Betroffenen geholfen werden soll, dann muss ihnen bewusst gemacht werden, dass „deren Wertesystem aus gesunden Tagen sich gegen sie selbst kehrt“ (ebd.: 65). Das Erkennen dieses Dilemmas und der daraus resultierenden Resignation ist ein erster wichtiger Schritt in der Bekämpfung der zweiten Krankheit.

Dazu gehört auch der Umgang mit Selbststigmatisierung. Da sich die Selbststigmatisierung enorm auf die Identität und den Selbstwert der Betroffenen auswirkt, behindert sie auch eine erfolgreiche Therapie. Aydin und Fritsch (2015) sehen es deshalb als Ziel der TherapeutInnen eine Internalisierung von Stigma zu verhindern. Stattdessen müsse ein Krankheitsverständnis entwickelt werden, das es den Betroffenen ermöglicht, ihren Selbstwert und ihre Identität zu schützen. Dazu gehöre auch das Bewusstsein der Tatsache, nicht selbst an der Krankheit schuld zu sein (ebd.: 253).

Diese Art von Stigmabewältigung auf therapeutischer Ebene wird häufig mithilfe von *Psychoedukation* umgesetzt.<sup>119</sup> Gaebel und Wölwer (2010) erklären:

---

<sup>119</sup> Finzen (2013) beschreibt die Psychoedukation als „gründliche Auseinandersetzung über die Krankheit“ (ebd.: 154). Dies kann sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Therapien durchgeführt werden. Er beschränkt sich jedoch nicht nur auf das therapeutische Setting, sondern sieht auch Selbsthilfegruppen

„Einen Basisbaustein der psychotherapeutischen Behandlung bildet die Psychoedukation, die Informationen über das Krankheitsbild und seine Behandlung vermittelt, um das Krankheitsverständnis und die Behandlungseinsicht (Compliance) des Betroffenen zu bessern sowie dessen selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern.“ (ebd.: 24)

Bäumel u.a. (2010) haben zur Psychoedukation bei Schizophrenie ein Arbeitsbuch mit Manual für die Gruppenleitung geschrieben. Hierin werden sowohl die praktische Durchführung, als auch theoretische Grundlagen abgehandelt.

Finzen (2013) ermutigt TherapeutInnen außerdem dazu, neben anderen Themen wie Krankheitsursachen, Behandlung, Verlauf etc., auch die Diskriminierung und Stigmatisierung anzusprechen. Er benennt für ihn wesentliche Aspekte, die Raum in einer Therapie bekommen sollten: Psychoinformation; das Erkennen und Anerkennen von Unrecht; die Tatsache, dass es keine Schuldigen als Ursache der Krankheit gibt; der Umgang mit Selbstwertverlust, das Reflektieren von Selbststigmatisierung, das Fördern von Selbsthilfe und Trialog<sup>120</sup> sowie das Aufzeigen unterschiedlicher Wege und Mittel im Umgang mit der Krankheit (ebd.: 154ff.).

Auch Amering und Schmolke (2012) befürworten die Psychoedukation. Sie sehen sie als erfolgreiches Mittel im Umgang von Betroffenen mit Stigmatisierung. In diesem Zusammenhang verweisen sie auf Untersuchungen mit Schizophrenieerkrankten, die zeigen, dass durch Psychoedukation die Krankheitssymptomatik abnimmt und Bewältigungsmechanismen zunehmen (ebd.: 238).

Auch wenn es sicherlich noch zahlreiche Wege der Stigmabekämpfung gibt, soll an dieser Stelle abschließend auf die sogenannte *Stigmaresistenz* eingegangen werden. Amering und Sibitz (2009) sehen darin „die individuelle Fähigkeit, sich dem Stigma entgegenzustellen“. Sie führten eine Studie unter Schizophrenie-Erkrankten durch und kamen zu dem Ergebnis, dass Stigmaresistenz<sup>121</sup> in positiver Wechselwirkung mit Empowerment, Lebensqualität und Selbstwert stand. Auch Personen, die ein stabiles soziales Netzwerk aufzuweisen hatten und ambulant anstatt stationär betreut wurden, hatten eine höhere Stigmaresistenz. Diese Personen lebten trotz ihrer Erkrankung selbstbestimmt und zufrieden. Amering und Sibitz (2009) ziehen an dieser Stelle Parallelen zur sogenannten Resilienz, der „individuelle[n] Widerstandskraft gegenüber Stress

---

und trialogische Angebote als Rahmen für Psychoedukation. Dabei betont Finzen, dass es nicht um Edukation, also Erziehung ginge, sondern „vielmehr um die Kombination von aufklärenden Informationen mit einem Training, das die Gefühle ebenso anspricht wie den Verstand.“ (ebd.: 155).

<sup>120</sup> Der Begriff *Trialog* beschreibt in diesem Kontext ein regelmäßiges Treffen von Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen „zu einer offenen Diskussion >>auf neutralem Boden<< - außerhalb jeglicher therapeutischer, familiärer oder institutioneller Kontexte – mit dem Ziel, über die Erfahrungen und Folgen von psychischen Problemen und den Umgang damit zu sprechen.“ (Amering und Schmolke 2012: 315). Hellig (2015) erwähnt zudem die Tatsache, dass der Trialog als Lern- und Lehrmethode eingesetzt werden kann und damit zur nachhaltigen Förderung von Verstehensprozessen führe. Der Trialog habe somit eine wichtige Bedeutung für das Gesundheitswesen in Bezug auf die partnerschaftliche Kommunikation (ebd.: 46ff.).

<sup>121</sup> Zur Messung der Stigmaresistenz wird bislang auf das Erhebungsinstrument Stigmaresistenz-Subskala zurückgegriffen, mit dem das internalisierte Stigma ISMI erfasst wird (Amering und Sibitz 2009).



und Widrigkeiten.“ Auch Amering und Schmolke (2012) sind der Überzeugung, dass Betroffene über Ressourcen verfügen, die ihnen helfen Resilienz zur Überwindung von Stigma zu entwickeln. So können Betroffene bewusst Stereotype nicht bestätigen und selbstbewusst auftreten um sich von der Gruppe der Stigmatisierten zu distanzieren (ebd.: 241ff.).<sup>122</sup> Die Förderung dieser Resilienz und der damit einhergehenden Stigmameresistenz sei sehr förderlich im Umgang mit Stigmatisierung auf individueller Ebene.

#### **6.4 Schlussfolgerung**

Kann Stigmatisierung komplett abgeschafft werden? Gibt es Möglichkeiten der vollkommenen Entstigmatisierung? Olk (2013: 931) sieht eine völlige Vermeidung von Stigmatisierung als unrealistisch an und nennt dafür zwei Gründe: zum einen habe die Stigmatisierung eine positive Auswirkung auf die Stabilisierung von Interaktionen, da sie Erwartungen an andere vorstrukturiere und die eigene ‚normale‘ Identität bestätige. Zum anderen habe sie eine positive Funktion für die Gesellschaft, da sie durch das Aufzeigen von Abweichungen die geltenden Normen aufrecht erhalte. Somit dient Stigmatisierung der sozialen Kontrolle und fördert dadurch den Zusammenhalt der Gesellschaft – auch wenn es, wie Finzen (2015: 55) betont, „potenziell fatale Folgen für die Betroffenen“ haben kann. Der Utopie, Stigmatisierung gänzlich abzuschaffen, sollte also wohl nicht nachgegangen werden. Trotzdem gibt es, wie dieses Kapitel aufgezeigt hat, zahlreiche Möglichkeiten der Interventionen, um Stigmatisierung zu bekämpfen, zu bewältigen und zu verringern.

Letztlich gibt es zahlreiche Formen im Umgang mit Stigmatisierung. Rüschi und Berger (2012) führen eine Trennung der Stigmatisierung in zwei Bereiche ein: öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung. Die Bekämpfung der öffentlichen Stigmatisierung weisen sie dabei der Gesellschaft zu, die der Selbststigmatisierung jedoch den PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen (ebd.: 952). So kann auf der gesellschaftlichen Ebene vor allem mit Antistigma-Kampagnen gegen Stigmatisierung vorgegangen werden. Diese Entstigmatisierungsversuche haben meist SchülerInnen, Auszubildende oder JournalistInnen im Fokus. Durch Aufklärungsarbeit und den direkten Kontakt mit Betroffenen sollen Vorurteile abgebaut werden. Studien zeigen, dass vor allem der direkte Kontakt einen positiven und verändernden Einfluss ausübt.

Es muss jedoch beachtet werden, dass es in der Regel sehr lange dauert, bis sich soziale Einstellungen in einer Gesellschaft verändern. Aus diesem Grund rückt der Umgang mit Stigmatisierung auf der individuellen Ebene in den Vordergrund. Durch

---

<sup>122</sup> Amering und Schmolke (2012) erwähnen außerdem das *Empowerment-Modell*. Hierbei sind Betroffene „aktive Teilnehmer der Gesellschaft, die danach streben, ihre soziale Umwelt zu verstehen und positiv zu beeinflussen.“ (ebd.: 243f.) Das Stigma-Management stelle hierbei einen bereichernden Prozess dar, der dazu führe, dass die Betroffenen aufgrund des Geleisteten Selbstwirksamkeit – also die Überzeugung, zu etwas fähig zu sein und Ziele erreichen zu können – erleben.

Psychoedukation können Krankheitssymptome verringert und Bewältigungsmechanismen ausgebaut werden. Hier können professionell Tätige ihren Beitrag leisten, indem sie helfen ein Krankheitsverständnis zu vermitteln, das den Selbstwert und die Identität der Betroffenen schützt. Hierzu gehören auch die Vermeidung von Selbststigmatisierung und die Stärkung von Selbstwert und sozialer Integration. Außerdem können Betroffene bei ihrem Stigma-Management unterstützt und beraten werden. Hier kann über die Vor- und Nachteile von Preisgeben und Verheimlichen der Diagnose gesprochen werden sowie die Konzepte von Selbsthilfe, Empowerment, Coping-Strategien und Stigmaresistenz thematisiert werden.

Ob Entstigmatisierung, Stigma-Management oder Stigma-Bewältigung – letztlich kann jeder dazu beitragen, Stigmatisierung zu verringern. Am sinnvollsten erscheint mir hierbei die Kombination verschiedener Methoden. So sollte die Politik ihre Aufgabe wahrnehmen und diskriminierende Strukturen abschaffen; JournalistInnen und RegisseurlInnen sollten sich ihrer Verantwortung der Beeinflussung der öffentlichen Meinungsbildung bewusst sein und Stereotype vermeiden; professionell Tätige sollten sich ihrer eigenen Vorurteile bewusst werden und einen Dialog anstreben; TherapeutInnen sollten durch Psychoedukation Stigma-Bewältigung fördern; SozialarbeiterInnen sollten Betroffene in der Bewältigung ihres Alltags und der damit verbundenen Herausforderungen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe leisten; das soziale Umfeld sollte auf eigene diskriminierende Handlungen und Haltungen achten und den Kontakt zu Betroffenen suchen; usw.

Wenn alle ihren Beitrag leisten, so kann früher oder später Erfolg sichtbar werden. Fraglich bleibt, wie dieser Erfolg definiert wird. Ich führe hier einen Vorschlag an, der den erfolgreichen Umgang mit Stigmatisierung vonseiten der Betroffenen beschreibt: Erfolgreiche Stigmabewältigung beinhaltet in meinen Augen, dass die Betroffenen ihre Krankheit akzeptieren können, medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und soziale Unterstützung vonseiten ihres Umfelds erhalten. Sie wissen über die vorhandenen Stereotype und Vorurteile, können sich jedoch von diesen distanzieren und trotzdem ein positives Zugehörigkeitsgefühl zu ihrer Gruppe entwickeln. Durch Selbsthilfe, Psychoedukation und Dialog wissen sie, dass sie trotz ihrer Erkrankung ein glückliches Leben führen können und in der Lage sind, eigene Ziele zu verfolgen und ihr Leben selbst zu gestalten.

## 7 Schlussbetrachtung und Ausblick

Zu Beginn dieser Ausarbeitung wurden einige Vorurteile, Stereotype und Diskriminierungsformen benannt, die in der Gesellschaft gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, bestehen. Die Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Erkrankten zeigte jedoch, dass viele dieser Vorurteile nicht zutreffen. Trotzdem erleben die allermeisten von ihnen verschiedene Formen der Stigmatisierung aufgrund ihres Stigmas. Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich auf Grundlage theoretischer Literaturrecherche und einer explorativen Forschung mit den verschiedenen Gründen, Formen und Auswirkungen der Stigmatisierung. Im Folgenden sollen die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und die Forschung validiert werden, um schließlich Empfehlungen für weitere Untersuchungen auszusprechen.

### 7.1 Wissenschaftliche Erkenntnisse

Zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte sowie die eigens durchgeführte explorative Forschung haben gezeigt, dass die Diagnose *Schizophrenie* ein Stigma ist und Diskriminierung und Ausgrenzung mit sich bringt. Trotz vieler Entstigmatisierungsversuche hat diese Stigmatisierung Schizophrenie-Erkrankter in den letzten Jahren nicht nachgelassen. Die mediale Berichterstattung und die bestehenden Vorurteile in der Gesellschaft, mangelndes Wissen über die Krankheit und negative Assoziationen mit dem Begriff *Schizophrenie* sowie ein von Unsicherheit und Angst geprägter Umgang mit Schizophrenen werden als Hauptgründe für Stigmatisierung angesehen.

Die zentrale Forschungsfrage dieser Ausarbeitung hatte zum Ziel die Formen und Auswirkungen erlebter Stigmatisierung im Leben von Schizophrenie-Erkrankten herauszuarbeiten. Dabei standen die ST zweier UPs im Mittelpunkt.

Als Formen von Stigmatisierung werden im direkten Kontakt mit anderen Menschen Erfahrungen der Bevormundung, Beschimpfung, Ablehnung bis hin zur völligen Kontaktvermeidung wahrgenommen. Auch die mediale Berichterstattung und die damit verbundene negative Darstellung der Krankheit Schizophrenie wird als stigmatisierend empfunden, da sie häufig zu verletzenden Äußerungen und Diskriminierung führen. Eine weitere Form erlebter Stigmatisierung findet auf gesellschaftspolitischer Ebene statt. Durch gesetzliche Regelungen, Entscheidungen und Strukturen wird vor allem in den Bereichen ärztlicher Versorgung sowie Wohnungs- und Arbeitsmarkt Diskriminierung erlebt. Schließlich erwähnen Betroffene den erschwerten Zugang zu sozialen Rollen – wie Partnerschaft, Familie, Arbeitsplatz – als stigmatisierende Erfahrung.

Diese unterschiedlichen Formen von erlebter Stigmatisierung wirken sich vielfältig auf das Leben der Betroffenen aus, sowohl in ihrer allgemeinen Lebensqualität als auch in Bezug auf den Krankheitsverlauf. Hinzu kommt die Tatsache, dass viele Betroffene die

vorhandenen Vorurteile kennen, teilen und beginnen sich selbst zu stigmatisieren, was wiederum negative Folgen mit sich bringt.

So vielfältig wie die Formen sind auch die Folgen erlebter (Selbst-)Stigmatisierung. Die zwischenmenschliche Interaktion wird durch Rückzug, Kontaktvermeidung und Isolation beeinträchtigt. Zusätzlich kommt es zu einem limitierten Zugang zu Positionen und Ressourcen wie Arbeitsmarkt oder Beziehungen und infolgedessen zu einer Behinderung sozialer Teilhabe. Eine weitere Auswirkung erlebter Stigmatisierung findet sich in der Beschädigung der Identität der Betroffenen, geprägt von Scham-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen. Und schließlich kommt es zu einer Behinderung des Genesungsprozesses, da zu spät oder gar keine psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen wird und die Diagnose und angestrebte Behandlung abgelehnt wird.

Menschen, die an Schizophrenie leiden, müssen demnach nicht nur mit ihrer Krankheit zurechtkommen, sondern auch einen Umgang mit der damit verbundenen Stigmatisierung finden. Abhängig davon, ob ihr Stigma offensichtlich oder verborgen ist müssen Betroffene vorrangig Stigmabewältigung oder Informationskontrolle betreiben.

Aber der Umgang mit Stigmatisierung liegt nicht nur in der Verantwortung der Betroffenen, sondern ist vielmehr eine transprofessionelle, gesellschaftliche, politische und individuelle Aufgabe. So können durch Psychoedukation, Dialog, Antistigma-Kampagnen usw. wertvolle Beiträge im Kampf gegen die Stigmatisierung geleistet werden. Da es einfacher und wirkungsvoller ist, den Betroffenen in ihrer jeweiligen Situation zu helfen, anstelle die Vorurteile und Meinungen einer ganzen Gesellschaft zu verändern, sollte die Antistigma-Arbeit von unten im Fokus des Umgangs mit Stigmatisierung stehen.

## **7.2 Validation**

Auch wenn ich mich in dieser Arbeit aus vielerlei Gründen für das FST und die Methoden des halb-standardisierten Interviews sowie der Heidelberger SLT entschieden habe, sind mir die Grenzen dieser Methodologie und die bestehende Kritik an derselben bekannt. Einigen Grenzen bin ich während meiner Forschung begegnet, andere waren für mich irrelevant.

Eine Kritik betrifft die Annahme des FST ForscherIn und UP seien nicht hierarchisch angeordnet, sondern auf derselben Ebene. Auch wenn ich dieses Merkmal umzusetzen versuchte, bemerkte ich sowohl bei der Interview- als auch bei der Struktur-Legesitzung eine gewisse Dominanz meinerseits. Obwohl offene Fragen gestellt wurden und die Person bestimmen konnte, was sie erzählt, bestand doch eine gewisse Steuerung des Interviews durch den Leitfaden. Hypothesenorientierte Fragen zielten auf vorher entworfene Themengebiete ab und führten während des Interviews dazu, die UPs zur Beantwortung spezieller Fragen zu bewegen. Aufgrund der Komplexität der Erstel-

lung der SLB, entwarf ich diese selbstständig und legte sie den UPs vor. Zwar fand hierbei eine Modifikation der Bilder statt – trotzdem bin ich der Ansicht, dass sie im Großteil meiner Auffassung der ST der UPs entstammen und die meisten Inhalte und Relationen eher passiv bejaht wurden. Dem hätte ich entgehen können, wenn ich die Bilder von den UPs selbst hätte entwerfen lassen. Aufgrund von Zeitgründen und einer gewissen Komplexität der Regeln der SLT habe ich auf diesen Schritt verzichtet.

In meinen Augen handelt es sich beim FST im Vergleich zu anderen Forschungsmethoden um ein aufwendiges Verfahren. Es beläuft sich nicht auf einen einzelnen Interviewtermin, sondern benötigt ein weiteres Treffen, die Dialog-Konsens-Sitzung. Zwischen beiden Terminen müssen außerdem die Transkription des Interviews und das Entwerfen der SLB stattfinden. Dies führt dazu, dass es sowohl zeitlich als auch ökonomisch mehr Ressourcen fordert – sowohl aufseiten der ForscherInnen als auch aufseiten der UPs.

Außerdem gilt das FST als sehr voraussetzungsreiches Verfahren. Da es menschliches Handeln untersucht, ist es nur anwendbar, wenn die UPs eine verbale Kompetenz aufweisen, mit der sie ihre Handlungen und die Beweggründe in Worte fassen können. Zudem kommt eine Bereitschaft zur Selbstreflexion, um die eigenen Beweggründe hinterfragen zu können, sowie die Möglichkeit des abstrakten Denkens, um die ST in Beziehung zu bringen und visuell darstellen zu können. In Bezug auf meine Forschung erlebte ich Herr Maier als wesentlich reflektierter und kommunikativer als Frau Schmidt, was sich in der Auswertung des Interviews und der Erstellung der SLB widerspiegelte.

Trotz der Grenzen und der Kritik die das FST betreffen, empfinde ich auch nach Abschluss der Forschung diese Methodologie als gegenstandsangemessen in Bezug zum Sujet und Erkenntnisinteresse. Das zugrundeliegende epistemologische Menschenbild sowie die Annahme, jede Person verfüge über die Eigenschaften der Rationalität, Kommunikation, Reflexivität und Autonomie kann ich vertreten. Das halbstandardisierte Interview und die Heidelberger SLT ermöglichten es mir, nicht nur die ST über die Formen der erlebten Stigmatisierung der UPs herauszuarbeiten, sondern auch deren Annahmen über Zusammenhänge, Ursachen und Wirkungen dieser Stigmatisierung. Durch die flexibel zu handhabende Strukturierung des Interviews war es möglich, spontan auf Äußerungen zu agieren und trotzdem den roten Faden zu behalten. Durch das Umsetzen der Heidelberger SLT kam es zu neuen Erkenntnissen und einer Vertiefung des schon Erkannten. In jener Dialog-Konsens-Sitzung konnten mithilfe der UPs Zusammenhänge und Überzeugungen besser erfasst werden. Aus diesen Gründen kann ich – von einigen wenigen Einschränkungen abgesehen – das FST mit den Methoden des halb-standardisierten Interviews und der Heidelberger SLT empfehlen.

### 7.3 Ausblick

Die Ergebnisse, die durch das FST gewonnen wurden, stimmen mit der aktuellen Literatur und anderen Studien größtenteils überein. Jedoch ist deren Reichweite begrenzt. Um validierte und reliable Aussagen treffen zu können, müsste eine wesentlich größere Studie durchgeführt werden. Folgeuntersuchungen könnten die in dieser explorativen Forschung erhobenen ST weiter untersuchen und auf ihre Verallgemeinerbarkeit testen. So könnte vorliegende induktive Forschung als Vorstudie dienen, die nun hypothetisch an einer größeren Gruppe von Schizophrenieerkrankten umgesetzt wird. Aufgrund der Begrenztheit dieser Arbeit wurde lediglich die erste Phase des FST durchgeführt. Es wäre also auch interessant in einem Folgeschritt zu untersuchen, inwiefern sich die hier erhobenen ST verändern lassen. Dieses Forschungsdesiderat sollte durch ähnliche Studien in größerer Reichweite in Zukunft angegangen werden.

An dieser Stelle soll noch einmal die transprofessionelle Sichtweise aufgegriffen werden. Die in dieser Ausarbeitung durchgeführte Forschung behandelt ein Schnittstellenthema, das mehrere Professionen tangiert. Die Profession, in der ich ausgebildet wurde und in Zukunft tätig sein werde, ist die der Sozialen Arbeit. Auch wenn SozialarbeiterInnen keine ausgebildeten TherapeutInnen, ÄrztInnen oder PflegerInnen sind, werden sie mit Menschen in Berührung kommen, die aufgrund ihrer Erkrankung Stigmatisierung erleben und unter den Folgen leiden. Im Feld der Sozialpsychiatrie ist es nicht ungewöhnlich auch mit Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind zu arbeiten. Es ist deshalb von großer Bedeutung, die Krankheit zu kennen. Das Wissen um die Ursachen, die Symptome, die Behandlungsmöglichkeiten etc. hilft, das Gegenüber besser verstehen zu können. Auch die sozialarbeiterische Arbeit mit den Betroffenen sollte sich mit deren Stigmatisierung auseinandersetzen, da diese, wie hier erforscht wurde, enorme Auswirkungen auf die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf haben kann.

Der Titel dieser Arbeit greift das Wortspiel *ver-rückt* auf. Tatsächlich sehen sich Betroffene nicht nur dem negativen Vorurteil ausgesetzt, in ihrem Auftreten und ihrem Wesen verrückt zu sein. Vielmehr werden sie aus der Mitte der Gesellschaft an den Rand verrückt. Dieses doppeldeutige *Verrückt-Sein* gilt es zu vermeiden. Eine schwere aber nicht unerreichbare Aufgabe.

## 8 Nachwort

Diese Forschung hatte nicht nur wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern hat auch zu meiner persönlichen Bereicherung beigetragen. Innerhalb der drei Monate durfte ich eine Änderung in meinem eigenen Paradigma wahrnehmen. Ansichten, Überzeugungen, Vorbehalte und Vorurteile, die ich früher einmal verinnerlicht hatte, haben sich, angestoßen im damaligen praktischen Studiensemester, während dieser Forschungsarbeit weiter verändert. In Bezug auf die behandelte Personengruppe der Schizophrenie-Erkrankten durfte ich Kontaktängste abbauen und ein größeres Verständnis und Einfühlungsvermögen für deren Herausforderungen bekommen. Diese Sensibilisierung bemerke ich mittlerweile auch in der eigenen Wahrnehmung von sprachlicher und medialer Stigmatisierung oder struktureller Diskriminierung. In Gesprächen, in denen abfällig, verallgemeinernd oder vorurteilsbehaftet über Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, geredet wird, ergreife ich nun Partei und habe das Bedürfnis auf diese ungerechte Behandlung hinzuweisen.

Die theoretische Auseinandersetzung mit der Krankheit Schizophrenie und der Thematik der Stigmatisierung hatte folglich einen sowohl wissenschaftlichen als auch persönlichen Erkenntnisgewinn. Herrn Br. Prof. Dr. Peter Schiffer OSCam möchte ich an dieser Stelle herzlich danken für die unterstützende Betreuung und all die inspirierenden Ideen. Ohne Ihre Anregungen wäre diese Arbeit nicht zu dem geworden, was sie nun ist.

Und schließlich gilt mein Dank den zwei Personen, die sich bereit erklärt haben, mit mir dieses Experiment einzugehen und an der Forschung teilzunehmen. Durch den persönlichen Kontakt, die Durchführung der Forschungssitzungen und das Vertrauen, das mir entgegengebracht wurde, durfte ich den wahrscheinlich größten Gewinn erhalten: eine neue Sichtweise, die sich im folgenden Zitat von Georg Bernard Shaw (1856-1950) ausdrückt:

„Der einzige Mensch, der sich vernünftig benimmt, ist mein Schneider. Er nimmt jedes Mal neu Maß, wenn er mich trifft, während alle anderen immer die alten Maßstäbe anlegen in der Meinung, sie passten auch heute noch.“

## 9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### 9.1 Abbildungsverzeichnis

	<b>Seite</b>
Abb.1: Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung (Gaebel und Wölwer 2010: 11)	21
Abb.2: Zeitplan der durchgeführten Forschungsphasen	38
Abb.3: SLB Maier „Rolle der Medien“	45

### Abbildungen im Anhang

Abb.4: Explanative und Kommunikative Validierung im FST (Groeben 1986: 326)	2
Abb.5: Leitfaden-Interview	4
Abb.6: Pretest	5
Abb.7: Hinweise zur Durchführung der Interview-Sitzung	6
Abb.8: Informationsblatt für die UntersuchungspartnerInnen	7
Abb.9: Datenschutz- und Einverständniserklärung	8
Abb.10: Hinweise zur Durchführung der Dialog-Konsens-Sitzung	9
Abb.11: Struktur-Lege-Regeln in Anlehnung an Scheele, Groeben und Christmann (1992: 152ff) und Christmann und Groeben (1990: 128)	29
Abb.12: SLB Schmidt „Eigenbeschreibung der Krankheit Schizophrenie“	30
Abb.13: SLB Schmidt „Sicht auf die Krankheit früher und heute“	30
Abb.14: SLB Schmidt „Positive Reaktionen auf die Diagnose“	31
Abb.15: SLB Schmidt „Negative Reaktionen auf die Diagnose“	31
Abb.16: SLB Schmidt „Arten von Vorurteilen“	32
Abb.17: SLB Schmidt „Vorurteile und Vorwürfe“	32
Abb.18: SLB Schmidt „Gründe für Vorurteile“	33
Abb.19: SLB Schmidt „Folgen von Vorurteilen“	33
Abb.20: SLB Schmidt „Formen von Stigmatisierung“	34
Abb.21: SLB Schmidt „Folgen von Stigmatisierung“	35
Abb.22: SLB Schmidt „Selbststigmatisierung“	35
Abb.23: SLB Maier „Eigenbeschreibung der Krankheit Schizophrenie“	36
Abb.24: SLB Maier „Nachteile der Krankheit“	36
Abb.25: SLB Maier „Reaktionen auf Bekanntgabe der Diagnose“	37
Abb.26: SLB Maier „Formen von Vorurteilen“	38
Abb.27: SLB Maier „Rolle der Medien“	38
Abb.28: SLB Maier „Eigendefinition und Beispiele von Stigmatisierung“	39



Abb.29:	SLB Maier „Stigmatisierung bei der Bewerbung“	39
Abb.30:	SLB Maier „Stigmatisierung bei der Berufswahl“	40
Abb.31:	SLB Maier „Folgen von Stigmatisierung“	40

## 9.2 Tabellenverzeichnis

<b>Tabellen im Anhang</b>	<b>Seite</b>
Tab.1: Diagnosestellung der Schizophrenie in der ICD-10 und im DSM-5 (Dilling, Mombour und Schmidt 2014: 128f.; Falkai 2015: 75f.)	1
Tab.2: Gegenüberstellung der Gütekriterien quantitativer und qualitativer Sozialforschung (Kruse 2015: 58)	3
Tab.3: Formen der Stigmatisierung und ihre Auswirkungen in Anlehnung an Corrigan, Druss und Perlick (2014: 42)	41
Tab.4: Antistigma-Initiativen in Deutschland	42
Tab.5: Strategien zur Bekämpfung von Stigmatisierung in Anlehnung an Büchter u.a. (2013: 3)	43
Tab.6: Bereiche und Zielgruppen für Antistigma-Interventionen in Anlehnung an Gaebel, Ahrens und Schlamann (2010: 69f.)	44

## 10 Abkürzungsverzeichnis

[...]	Eckige Klammern in wörtlichen Zitaten stehen für Auslassungen oder Ergänzungen vonseiten der Autorin dieser Arbeit
%	Prozent
A.	Anhang
a.M.	am Main
Abb.	Abbildung
ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
APA	American Psychological Association (Amerikanische Psychiatische Vereinigung)
Aufl.	Auflage
B	Befragte/r
B2	Anwesender Betreuer beim Interview
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bsp.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
ca.	circa, etwa
DALY	disability-adjusted life years (behinderungsbereinigte Lebensjahre)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ebd.	ebenda
etc.	et cetera (mit der Bedeutung: und so weiter)
f.	folgend
ff.	folgende
FST	Forschungsprogramm Subjektive Theorien
Hrsg.	Herausgeber
I	Interviewende/r
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
ISMI	Internalized Stigma of Mental Illness
KVK	Karlsruher Virtueller Katalog
Livivo	Name des ZB MED-Suchportals Lebenswissenschaften

MAXQDA	MAX Qualitative Daten Analyse
NS	Nationalsozialismus
S.	Seite
SLB	Struktur-Lege-Bild
SLT	Struktur-Lege-Technik
sog.	sogenannt
SSOAR	Social Science Open Access Repository
ST	Subjektive Theorie
Tab.	Tabelle
überarb.	überarbeitet
u.a.	und andere
UP	UntersuchungspartnerIn
usw.	und so weiter
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WPA	World Psychiatric Association (Weltverband für Psychiatrie)
YLD	Years lived with Disease (Jahre, die mit der Krankheit gelebt werden)
YLL	Years of Life lost (Jahre, die durch vorzeitigen Tod verloren gehen)
Z.	Zeile
z.B.	zum Beispiel
ZB MED	Name der zentralen Fachbibliothek für Medizin, Gesundheit, Ernährungs-, Umwelt- und Agrarwissenschaften

## 11 Literatur- und Medienverzeichnis

### 11.1 Literatur

AMERING, Michaela und Margit SCHMOLKE, 2012. *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

AMSHOFF, Tobias, Christina BADER-JOHANSSON, Michael BALK, Katrin BECKER und Andreas BERTRAM, 2010. *Physiolexikon: Physiotherapie von A bis Z*. Stuttgart: Georg Thieme.

ANTONOVSKY, Aaron, 1979. *Health, Stress and Coping*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

BAER, Niklas, 2010. Emotionale Barrieren im Arbeitsumfeld. In: *Kerbe: Forum für Sozialpsychiatrie*. Berlin: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. 4(28): 21-25.

BÄUML, Josef, Gabi PITSCHEL-WALZ, Hartmut BERGER, Hans GUNIA, Andreas HEINZ und Georg JUCKEL, 2010. *Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES): Mit Manual für die Gruppenleitung*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.

BLEULER, Eugen und Manfred BLEULER, 1969. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 11. Aufl. Berlin: Springer.

BENECKE, Cord, 2014. *Klinische Psychologie und Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

CORBIN, Juliet und Anselm STRAUSS, 2010. *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde], Hrsg., 2006. *S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Heidelberg: Steinkopff-Verlag.

DILLING, Horst, Werner MOMBOUR und Martin SCHMIDT, Hrsg., 2014. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 9.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

DÖRNER, Klaus, Ursula PLOG, Christine TELLER und Frank WENDT, 2015. *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 23.Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.

DRESING, Thorsten und Thorsten PEHL, 2013. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 5.Auflage. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.

FALKAI, Peter, Hrsg. 2015. *Diagnostische Kriterien DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.

FINZEN, Asmus, 2010. Die Krankheit verstecken: Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen. *Kerbe: Forum für Sozialpsychiatrie*. Berlin: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. **4**(28), 8-11.

FINZEN, Asmus, 2013. *Stigma psychische Krankheit: zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.

FINZEN, Asmus, 2015. Goffman wiedergelesen: Goffmans Stigma – 50 Jahre danach. *Sozialpsychiatrische Informationen*. Köln: Psychiatrie Verlag. **45**(1), 54-55.

FLICK, Uwe, 2010. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 3.Auflage. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

FREIMÜLLER, Lena und Wolfgang WÖLWER, 2012. *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis: Das Trainingsmanual*. Stuttgart: Schattauer.

GAEBEL, Wolfgang und Wolfgang WÖLWER, 2010. *Schizophrenie: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50*. Berlin: Robert Koch-Institut.

GOFFMAN, Erving, 1977. *Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 2.Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

GROEBEN, Norbert, Hrsg., 1988. *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke.

GROEBEN, Norbert, 1988a. Explikation des Konstrukts ‚Subjektive Theorien‘. In: Norbert GROEBEN, Diethelm WAHL, Jörg SCHLEE und Brigitte SCHEELE, Hrsg. *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke, 17-24.

GROEBEN, Norbert und Brigitte SCHEELE, 1988. *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien*. Tübingen: Francke.

HABERMAS, Jürgen, 1973. Wahrheitstheorien. Zitiert in: SCHEELE, Brigitte und Norbert GROEBEN, 1988. *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien: Die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT), konsensuale Ziel-Mittel-Argumentation und kommunikative Flussdiagramm-Beschreibung von Handlungen*. Tübingen: Francke.

HAMMER, Matthias und Irmgard PLÖßL, 2015. *Irre verständlich: Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam unterstützen*. 3.Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

HANSES, Andreas, 2011. Gemeindepsychiatrie und Soziale Arbeit. In: Hans-Uwe OTTO und Hans THIERSCH, Hrsg. *Handbuch Soziale Arbeit*. 4.völlig neu bearbeitete Auflage. München: Reinhardt Verlag, 463-469.

HARDTMANN, Gertrud, 2013. Psychiatrie. In: Dieter KREFT und Ingrid MIELENZ, Hrsg. *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, 694-696.

HELFFERICH, Cornelia, 2009. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

HELFRICH, Hede, 2013. *Kulturvergleichende Psychologie: Basiswissen Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

HELLIGE, Barbara und Inga PRADA, 2015. Der Dialog: besseres Verstehen. *Praxiswissen psychosozial*. Seelze: Friedrich Verlag. **21**, 46-48.

HEYDENDORFF, Steffen Conrad von und Harald DREßLING, 2016. Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings“-Katastrophe. *Psychiatrische Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme. **43**(1), 134-140.

HOHMEIER, Jürgen, 1975. Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In: Manfred BRUSTEN und Jürgen HOHMEIER, Hrsg. *Stigmatisierung: Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Darmstadt: Luchterhand Verlag, 5-24.

HOLZINGER, Anita, Michael BECK und Ingrid MUNK, 2003. Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophren und depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme. **30**(7), 395-401.

HURRELMANN, Klaus und Peter Franzkowiak, 2011. Gesundheit. In: BLÜMEL, Stephan, Peter FRANZKOWIAK, Lotte KABA-SCHÖNSTEIN, Guido NÖCKER und Alf TROJAN, Hrsg. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Neuausgabe. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

JÄGER, Markus, 2015. *Aktuelle psychiatrische Diagnostik: Ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM*. Stuttgart: Georg Thieme.

JÜRGENS, Barbara, 2015. *Psychologie für die Soziale Arbeit. Studienkurs Soziale Arbeit, Band 2*. Baden-Baden: Nomos.

KARDOFF, Ernst von, 2010a. Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. *Kerbe: Forum für Sozialpsychiatrie*. Berlin: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. **4**(28), 4-7.

KARDOFF, Ernst von, 2010b. Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Ulrike HORMEL und Albert SCHERR, Hrsg. *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse*. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 279-305.

KELLY, George, 1955. *The Psychology of Personal Constructs*. New York: W.W. Norton & Company. Übersetzung: Elke DANZINGER-THOLEN, 1986. *Die Psychologie der persönlichen Konstrukte*. Paderborn: Junfermann.

KEUPP, Heiner, 2013. Empowerment. In: Dieter KREFT und Ingrid MIELENZ, Hrsg. *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, 248-250.

KLEVE, Heiko und Jan WIRTH, 2013. *Die Praxis der Sozialarbeitswissenschaft: Eine Einführung*. 3., korrigierte Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

KNOLL, Franziskus, 2015. *Mensch bleiben! Zum Stellenwert der Spiritualität in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.

KRUSE, Jan, 2015. *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*. 2.Auflage Weinheim: Beltz Juventa.

LINCOLN, Tania, 2014. *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz*. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

LOB-HÜDEPOHL, Andreas und Walter LESCH, Hrsg., 2007. *Ethik Sozialer Arbeit: Ein Handbuch*. München: Schöningh.

MARSAL, Eva, 2013. Subjektive Theorien: Ein empirisch-konstruktivistisches Paradigma mit Dialog-Konsens-Methodik. In: FRIEBERTSHÄUSER, Barbara, Antje LANGER und Annedore PRENGEL, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 4., durchgesehene Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, 563-574.

MAß, Reinhard, 2010. *Diagnostik der Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

MÖLLER, Hans-Jürgen und Norbert MÜLLER, Hrsg., 2010. *Schizophrenie – Zukunftsperspektiven in Klinik und Forschung*. Wien: Springer.

MYERS, David, 2014. Klinische Psychologie: Psychische Störungen. In: David MYERS, Hrsg. *Psychologie*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer, 653-702.

OLK, Thomas, 2013. Stigmatisierung (Etikettierung). In: Dieter KREFT und Ingrid MIELENZ, Hrsg. *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, 930-931.

QUANTE, Armin, 2014. Krankheit und Gesellschaft: Vom Stigma der Psychiatrie. *Deutsches Ärzteblatt*. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH. **111**(45), 1952.

PETERSON, Debbie, Alex BARNES und Chloe DUNCAN, 2008. *Fighting Shadows: Self-Stigma and Mental Illness*. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand.

REY, Eibe-Rudolf, 2011. Psychotische Störungen und Schizophrenien. In: Hans-Ulrich WITTCHEN und Jürgen HOYER, Hrsg. *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer, 797-856.



RÜSCH, Nicolas, 2014. Prävention und das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Wulf RÖSSLER und Vladeta AJDACIC-GROSS, Hrsg. *Prävention psychischer Störungen: Konzepte und Umsetzungen*. Stuttgart: Kohlhammer: 19-28.

RÜSCH, Nikolaus und Matthias BERGER, 2012. Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Matthias BERGER, Hrsg. *Psychische Erkrankungen*. München: Urban und Fischer: 951-957.

SCHEELE, Brigitte und Norbert GROEBEN, 1988. *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien: Die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT), konsensuale Ziel-Mittel-Argumentation und kommunikative Flussdiagramm-Beschreibung von Handlungen*. Tübingen: Francke Verlag.

SCHEELE, Brigitte, Norbert GROEBEN und Ursula CHRISTMANN, 1992. Ein alltagssprachliches Struktur-Lege-Spiel als Flexibilisierungsversion der Dialog-Konsens-Methodik. In: Brigitte SCHEELE, Hrsg. *Struktur-Lege-Verfahren als Dialog-Konsens-Methodik: Ein Zwischenfazit zur Forschungsentwicklung bei der rekonstruktiven Erhebung Subjektiver Theorien*. Munster: Aschendorff, 152-195.

SCHEFF, Thomas, 1973. *Das Etikett ‚Geisteskrankheit‘: soziale Interaktion und psychische Störung*. Frankfurt a.M.: Fischer.

SCHIFFER, Peter, 2014. „In Ruhe krank sein dürfen“: Obdachlose Abhängige illegaler Drogen in einer Krankenwohnung. In: INDRO e.V. [Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik], Hrsg. *Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit*. Band 49. Berlin: VWB.

SCHLEE, Jörg, 1988. Menschenbildannahmen: vom Verhalten zum Handeln. In: Norbert GROEBEN, Diethelm WAHL, Jörg SCHLEE und Brigitte SCHEELE, Hrsg. *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke, 11-17.

SCHLEE, Jörg, 1988a. Forschungsstruktur: Dialog-Konsens und Falsifikation. In: Norbert GROEBEN, Diethelm WAHL, Jörg SCHLEE und Brigitte SCHEELE, Hrsg. *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke, 24-29.

SCHNELL, Martin und Charlotte HEINRITZ, 2006. *Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Verlag Hans Huber.

SCHOLL, Armin, 2015. *Die Befragung*. 3.Auflage. München: UVK.

SCHOMERUS, Georg, 2009. Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. *Psychiatrische Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme. **36**(2), 53-54.

SCHOMERUS, Georg und Matthias ANGERMEYER, 2013. Psychiatrie – endlich entstigmatisiert?: Einstellungen der Öffentlichkeit zur psychiatrischen Versorgung 1990 – 2011. *Psychiatrische Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme. **40**(2), 59-61.

SCHRÜNDER-LENZEN, Agi, 2013. Triangulation – ein Konzept zur Qualitätssicherung von Forschung. In: FRIEBERTSHÄUSER, Barbara, Antje LANGER und Annedore PRENGEL, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 4., durchgesehene Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, 149-158.

SCHULZ, Michael und Ian NEEDHAM, 2011. Adhärenz. In: SAUTER, Dorothea, Chris ABDERHALDEN, Ian NEEDHAM und Stephan WOLFF, Hrsg. *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. 3.Aufl. Bern: Huber, 608-618.

SCHULZE, Beate, Heather STUART und Steffi RIEDEL-HELLER, 2009. Das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas. *Psychiatrische Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme. **36**(8), 19-27.

SCHWARZER, Wolfgang, 2013. Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. In: Wolfgang SCHWARZER und Alexander TROST, Hrsg. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. Dortmund: borgmann publishing, 157-211.

TRÖSTER, Heinrich, 2009. Stigma und Stigmabewältigung. In: Jürgen BENGEL und Matthias JERUSALEM, Hrsg. *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, 147-155.

## 11.2 Internetquellen

AOK-BUNDESVERBAND, 2015. *Zahlen und Fakten 2015* [Online-Quelle]. Berlin: AOK-Bundesverband [Zugriff am 27.10.2016]. Verfügbar unter: [http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/zahlen/zuf\\_2015\\_web.pdf](http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/zahlen/zuf_2015_web.pdf)

AKTIONSBÜNDNIS SEELISCHE GESUNDHEIT, 2016. *Bedeutung Stigma: Stigmatisierung und Diskriminierung* [Online-Quelle]. Berlin: DGPPN [Zugriff am 25.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.seelischegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen/stigmatisierung/bedeutung-stigma>

AMERING, Michaela und Ingrid SIBITZ, 2009. *Doppelstrategie gegen das Stigma psychischer Krankheit* [Online-Quelle]. Wien: Springer [Zugriff am 23.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.springermedizin.at/artikel/2963-doppelstrategie-gegen-das-stigma-psychischer-krankheit>

ANGERMEYER, Matthias, Herbert MATSCHINGER und Georg SCHOMERUS, 2013. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry* [Online-Quelle]. London: Royal College of Psychiatrists. **203**(2), 146-151 [Zugriff am 08.10.2016]. Verfügbar unter: DOI: 10.1192/bjp.bp.112.122978

AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], 2016. *Nationale VersorgungsLeitlinie Schizophrenie* [Online-Quelle]. Düsseldorf: AWMF [Zugriff am 18.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/nvl-010.html>

AYDIN, Nilüfer und Katrin FRITSCH, 2015. CME Zertifizierte Fortbildung: Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut* [Online-Quelle]. Berlin: Springer-Verlag. **60**(3), 245-257 [Zugriff am 28.10.2016]. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s00278-015-0024-9

BMJV [Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz], 2015. *Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)* [Online-Quelle]. Berlin: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz [Zugriff am 06.09.2016]. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bdsg\\_1990/gesamt.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bdsg_1990/gesamt.pdf)

BÜCHTER, Roland, Dawid PIEPER, Erin ÜFFING und Beate ZSCHORLICH, 2013. Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*

[Online-Quelle]. New York: John Wiley & Sons. **2**(CD010400) [Zugriff am: 08.10.2016].  
Verfügbar unter: DOI: 10.1002/14651858.CD010400

CHRISTMANN, Ursula und Norbert GROEBEN, 1990. *Argumentationsintegrität (VI): Subjektive Theorien über Argumentieren und Argumentationsintegrität – Erhebungsverfahren, inhaltsanalytische und heuristische Ergebnisse*. Bericht Nr. 34 [Online-Quelle]. Heidelberg: Psychologisches Institut der Universität Heidelberg [Zugriff am 18.09.2016]. Verfügbar unter: <http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/institutsberichte/SFB245/SFB034-abgeschnitten.pdf>

CHRISTMANN, Ursula, Norbert GROEBEN und Margrit SCHREIER, 1999. Subjektive Theorien – Rekonstruktion und Dialog-Konsens. *Siegener Periodicum zur Internationalen Empirischen Literaturwissenschaft* [Online-Quelle]. Berlin: Peter Lang. **18**(1), 138-153 [Zugriff am 17.08.2016]. Verfügbar unter: [https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/mitarb/uc/Christmann\\_Groeben\\_Schreier\\_1999\\_Subjektive%20Theorien.pdf](https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/mitarb/uc/Christmann_Groeben_Schreier_1999_Subjektive%20Theorien.pdf)

CIOMPI, Luc, 2015. *Sozialpsychiatrie und Rehabilitationsforschung* [Online-Quelle]. Bern [Zugriff am 31.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.ciompi.com/de/sozialpsychiatrie.html>

CORRIGAN, Patrick, Benjamin DRUSS und Deborah PERLICK, 2014. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest* [Online-Quelle]. Washington: Association for Psychological Science. **15**(2), 37-70 [Zugriff am 29.10.2016]. Verfügbar unter DOI: 10.1177/1529100614531398

DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information], 2014. *ICF* [Online-Quelle]. Köln: DIMDI [Zugriff am 05.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information], 2015. *F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen* [Online-Quelle]. Köln: DIMDI [Zugriff am 28.07.2016]. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f20-f29.htm>

DKI [Deutsches Krankenhausinstitut], 2014. *Psychiatrie Barometer Umfrage 2013*. [Online-Quelle]. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V. [Zugriff am 27.10.2016]. Verfügbar unter: [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2014-11-dki-psychiatrie\\_barometer\\_2013\\_-\\_finale\\_fassung.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2014-11-dki-psychiatrie_barometer_2013_-_finale_fassung.pdf)

DUDEN, 2016. *Stigma*. [Online-Quelle]. Berlin: Bibliographisches Institut GmbH [Zugriff am 07.08.2016]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Stigma>

EINBLICKE E.V. 2016. *Stigmatisierung psychisch Kranker* [Online-Quelle]. Altenburg: Einblicke e.V. [Zugriff am: 26.10.2016]. Verfügbar unter: <http://einblicke-altenburg.de/?q=node/389>

GAEBEL, Wolfgang, Wiebke AHRENS und Pia SCHLAMANN, 2010. *Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis* [Online-Quelle]. Berlin: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit [Zugriff am 01.11.2016]. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_pressemitteilungen/2010/pm-10-08-22-seelische-erkrankungen.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_pressemitteilungen/2010/pm-10-08-22-seelische-erkrankungen.pdf)

HORSFALL, Jan, Michelle CLEARY und Glenn HUNT, 2010. Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. *Issues in Mental Health Nursing*. [Online-Quelle]. London: Informa. **31**(7), 450-455 [Zugriff am 17.10.2016]. Verfügbar unter: DOI: 10.3109/01612840903537167

IHME [INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION], 2015. *GBD Compare* [Online-Quelle]. Seattle: IHME, University of Washington [Zugriff am 26.07.2016]. Verfügbar unter: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

IRRE MENSCHLICH HAMBURG E.V., 2016. *Willkommen* [Online-Quelle]. Hamburg: Irre menschlich Hamburg e.V. [Zugriff am 31.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.irremenschlich.de>

LINK, Bruce, Francis CULLEN, Elmer STRUENING, Patrick SHROUT und Bruce DOHRENWEND, 1989. A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*. [Online-Quelle]. Washington: American Sociological Association. **54**(3), 400-423 [Zugriff am 17.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.jstor.org/stable/2095613>

MAHLER, Cornelia, Thomas GUTMANN, Sven KARSTENS und Stefanie JOOS, 2014. Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* [Online-Quelle]. Erlangen: Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. **31**(4), 1-10. [Zugriff am 31.10.2016]. Verfügbar unter: DOI: 10.3205/zma000932

MAXQDA 2016. *MAXQDA – Software für die Qualitative Datenanalyse* [Online-Quelle]. Berlin: VERBI [Zugriff am 19.10.2016]. Verfügbar unter: <http://www.maxqda.de>

PEITL, Marija VUCIC, Vjekoslav PEITL, Eduard PAVLOVIC, Josko PROLOSCIC und Daniela PETRIC, 2011. Stigmatization of Patients Suffering from Schizophrenia. *Collegium Antropologicum* [Online-Quelle]. **35**(2), 141-145 [Zugriff am 16.10.2016]. Verfügbar unter: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/73919863/stigmatization-patients-suffering-from-schizophrenia>

PSCHYREMBEL 2016. *Schizo / phrenie* [Online-Quelle]. Berlin: de Gruyter [Zugriff am 04.08.2016]. Verfügbar unter: <https://www.pschyrembel.de/#/Schizophrenie/P01K8/doc/>

ROSEN, Emel Susan, 2010. *Lehrerhandeln in der Pflegeausbildung kompetent gestalten: Rekonstruktion und Modifikation Subjektiver Theorien über Kooperatives Lernen von Pflegelehrenden für die Entwicklung eines Lehrerweiterbildungskonzeptes*. [Online-Quelle]. Pädagogische Hochschule Weingarten [Zugriff am 14.09.2016]. Verfügbar unter: <http://Hsbwgt.bsz-bw.de/files/52/PHWGDissRosen.pdf>

RÜSCH, Nicolas, 2010. Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung: Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* [Online-Quelle]. Bern: Hogrefe. **58**(4), 287-297 [Zugriff am 02.11.2016]. Verfügbar unter: DOI: 10.1024/1661-4747/a000039

SCHOMERUS, Georg, Herbert MATSCHINGER und Matthias ANGERMEYER, 2014. Causal beliefs affect the public and social acceptance of persons with mental illness. *Psychological Medicine* [Online-Quelle]. Cambridge University Press. **44**(2), 303-314 [Zugriff am 06.11.2016]. Verfügbar unter: DOI: <https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>

SCHREIER, Margit und Norbert GROEBEN, 1999. Selbstbeobachtung und Selbstreflexion im Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Themenschwerpunkt: Introspektion als Forschungsmethode. *Journal für Psychologie* [Online-Quelle]. Berlin: Parodos. **7**(2), 26-30 [Zugriff am 06.08.2016]. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-40139>

SCHULZE, Beate und Matthias ANGERMEYER, 2003. Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* [Online-Quelle]. **56**(2), 299-312 [Zugriff am 09.10.2016]. Verfügbar unter:

[https://www.uic.edu/com/mdphd/Retreat\\_2006/Subjective\\_experiences\\_of\\_stigma\\_a\\_focus\\_group.pdf](https://www.uic.edu/com/mdphd/Retreat_2006/Subjective_experiences_of_stigma_a_focus_group.pdf)

SIBITZ, Ingrid, Michaela FRIEDRICH, Annemarie UNGER, Anatol BACHMANN, Thomas BENESCH und Michaela AMERING, 2013. Internalisiertes Stigma bei Schizophrenie: Validierung der deutschen Version der Internalized Stigma of Mental Illness-Skala (ISMI). *Psychiatrische Praxis* [Online-Quelle]. Stuttgart: Georg Thieme. **40**(2), 83-91 [Zugriff am 02.11.2016]. Verfügbar unter: DOI: 10.1055/s-0032-1332878

THORNICROFT, Graham, Elaine BROHAN, Diana ROSE, Norman SARTORIUS und Morven LEESE, 2009. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet* [Online-Quelle]. **373**(9661), 408-415 [Zugriff am 22.10.2016]. Verfügbar unter: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

## 12 Anhang

### 12.1 Diagnosestellung der Schizophrenie in der ICD-10 und im DSM-5

ICD-10	DSM-5
<p>1. Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1a – 1d:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.</li> <li>b. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.</li> <li>c. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil der Körpers kommen.</li> <li>d. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).</li> </ul>	<p>A. Mindestens zwei der folgenden Symptome müssen vorliegen, mindestens eins davon muss 1., 2. oder 3. sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Wahn</li> <li>2. Halluzination</li> <li>3. Desorganisiertes Sprechen</li> <li>4. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten</li> <li>5. Negativsymptome</li> </ul>
<p>2. Symptome aus mindestens zwei der folgenden Gruppen 2a – 2d:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anhaltende Halluzination jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.</li> <li>b. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.</li> <li>c. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.</li> <li>d. &gt;&gt;negative&lt;&lt; Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.</li> </ul>	<p>B. deutliche Beeinträchtigungen in zentralen Funktionsbereichen (Arbeit, Selbstfürsorge, zwischenmenschliche Beziehungen)</p> <p>C. das Störungsbild muss (ohne Unterbrechung) mindestens sechs Monate auftreten (für Symptome der Kategorie A gilt die Dauer eines Monats)</p> <p>D. Ausschluss einer affektiven oder schizoaffektiven Störung</p> <p>E. keine organische oder substanzbezogene Ursache</p>
<p>3. <i>Symptomgruppe bezogen auf Schizophrenia simplex</i>: Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.</p>	<p>F. keine zurückliegende Kommunikations- oder Autismus-Spektrum-Störung</p>

**Tab.1:** Diagnosestellung der Schizophrenie in der ICD-10 und im DSM-5 (Dilling, Mombour und Schmidt 2014: 128f.; Falkai 2015: 75f.)



## 12.2 Explanative und Kommunikative Validierung im FST

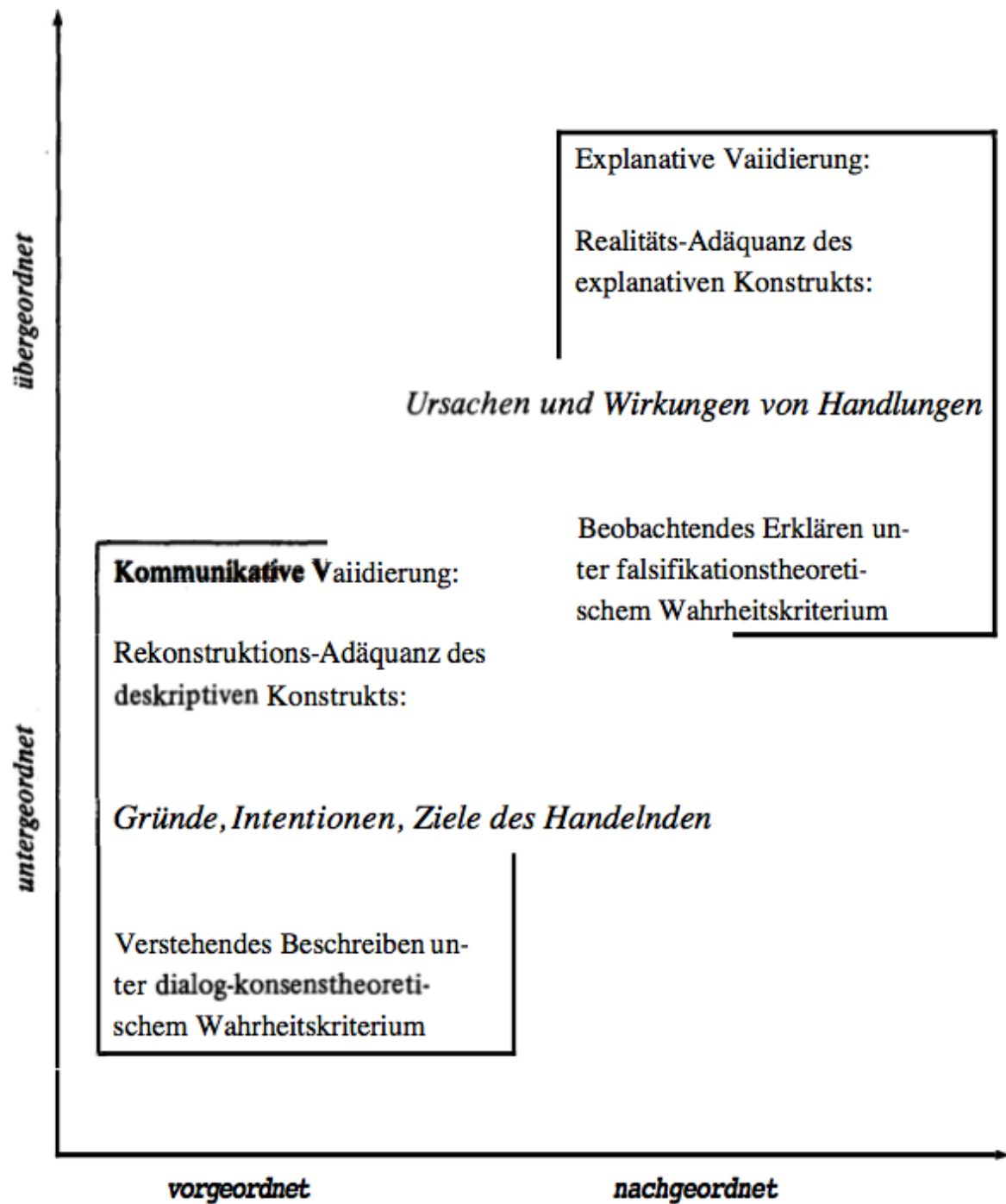


Abb.4: Explanative und Kommunikative Validierung im FST (Groeben 1986: 326)

### 12.3 Gegenüberstellung der Gütekriterien quantitativer und qualitativer Sozialforschung

Quantitative Sozialforschung		Qualitative Sozialforschung
<b>Objektivität</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intersubjektivität</li> <li>• Reflektierte Subjektivität, kritische Reflexion, methodische Kontrolle</li> <li>• Transparenz und Dokumentation / Prozessualität</li> </ul>
<b>Validität</b>	Interne (Gültigkeit der Datengewinnung und –analyse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsistenzregel</li> <li>• Interpretations-Intersubjektivität</li> <li>• Analysegruppe, kollegiale Validierung</li> <li>• Kommunikative Validierung</li> </ul>
	Externe (statistische Repräsentativität)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repräsentation</li> <li>• Qualitatives Sampling</li> </ul>
<b>Reliabilität</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsistenzregel</li> </ul>

**Tab.2:** Gegenüberstellung der Gütekriterien quantitativer und qualitativer Sozialforschung (Kruse 2015: 58)

## 12.4 Unterlagen zur Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen

### 12.4.1 Leitfaden-Interview

Thema	Offene Frage	Stichworte	Hypothesengerichtete Fragen	Störfragen
1. Allgemeines	„Erzählen Sie mir etwas über sich: wie alt sind sie, was sind ihre Hobbies, wie sieht ein typischer Tag bei ihnen aus?“	- Alter - Familienstand - Tätigkeiten - Hobbies - Tagesablauf	- „Wie verbringen Sie einen typischen Wochentag?“	-
2. Krankheit Schizophrenie	„Wir sprechen ja heute über die Krankheit Schizophrenie. Erzählen Sie mir etwas über ihre Krankheitsgeschichte.“	- Diagnose wann/wie? - eigene Reaktion auf die Diagnose - Reaktion der Familie auf Diagnose - Preisgeben oder Verheimlichen?	- „Wie geht es Ihnen mit Ihrer Diagnose?“ - „Wer weiß über ihre Diagnose Bescheid?“ - „Welche Reaktionen haben Sie auf das Preisgeben ihrer Diagnose erlebt? Warum, glauben Sie, haben die Menschen so reagiert?“	- „Wie schwer fällt es Ihnen ihre Krankheit zu akzeptieren?“ - „Was macht Verheimlichen mit Ihrem Gewissen?“
3. Krankheit bei anderen	„Wie denken Sie selbst über Menschen, die an der Krankheit Schizophrenie leiden?“	- Wissen über Erkrankung vor Diagnose - Denken über Schizophrenie-Kranke	- „Was dachten Sie vor ihrer Diagnose über Schizophrenie-Kranke?“ - „Wie hat sich ihr Denken seither verändert? Gab es für diese Veränderung bestimmte Gründe?“	- „Wie kam es dazu, dass sich ihr Denken verändert hat?“
4. Vorurteile	„Welche Vorurteile über Schizophreniekranken sehen Sie in der Gesellschaft?“	- mögliche Vorurteile: selbst schuld, gefährlich, unberechenbar, unheilbar, labil, gewalttätig - Gefühle in Bezug auf Vorurteile	- „Welche Vorurteile kennen Sie?“ - „Welche Vorurteile bestätigen Sie/nicht?“ - „Was denken Sie sind die Ursachen für diese Vorurteile?“	- „Wenn Vorurteile zutreffen, sind es in ihren Augen dann überhaupt Vorurteile?“
5. Stigmatisierungserfahrung	„Erzählen Sie mir was sie persönlich mit dem Wort Stigmatisierung verbinden.“	- Einschränkung im Alltag durch Krankheit - konkrete Nachteile/Diskriminierung: Arbeitsuche, Wohnung, Partnerschaft, Behandlung - eigene Akzeptanz der Krankheit - Selbstwertgefühl - Umgang mit Krankheit heute/früher	- „Welche konkreten Nachteile haben Sie aufgrund ihrer Erkrankung erfahren?“ - „Können Sie diese Situationen genauer beschreiben?“ - „Wie reagieren sie auf Diskriminierung/ Benachteiligung?“ - „Haben Sie Momente, in denen Sie selbst negativ über sich und ihre Krankheit denken? Welche Gedanken haben Sie dabei?“	- „Wie sehen Momente aus, in denen Sie sich selbst oder andere stigmatisieren?“

Abb.5: Leitfaden-Interview

## Rahmenbedingungen

Datum: 13.09.2016

Uhrzeit: 15:30 – 16:30 Uhr

Ort: Leonberg

Anwesende: Versuchsperson, Interviewende

Zur Versuchsperson: „aus dem Bekanntenkreis, weiblich, 42 Jahre alt, an Depression erkrankt (Krankheitsbeginn im Jahr 2000), Stigmatisierungserfahrungen aufgrund von Depression und Rheuma

## Ablauf des Pretests

1. Begrüßung, Dank
2. Aufwärmphase (Small-Talk)
3. Untersuchungsanliegen vorstellen, Interviewablauf kurz erklären
  - a. Begriffsklärung „Stigmatisierung“: „Prozess, bei dem bestimmte Merkmale einer Person mit negativen Bewertungen belegt werden und die Person dadurch in Außenseiterposition gerät.“
  - b. Beginn mit offenen Fragen: alles erzählen, was ihnen dazu einfällt
  - c. Hinweis: es gibt kein „richtig“ oder „falsch“ bei den Antworten
4. „Gibt es hierzu noch Rückfragen?“
5. Durchführung des Interviews mithilfe des Leitfadens
6. Fragen zum Ausklang: „Haben wir etwas vergessen, was Sie gern noch ansprechen würden?“ „Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“
7. Rückfragen an Versuchsperson: Was war gut / schlecht? Anregungen bezüglich Fragestellung, Fragetypen, Atmosphäre,...
8. Selbstbeobachtung: Wie ging es mir während des Interviews?

## Rückmeldung vonseiten der Versuchsperson

1. Fragen waren verständlich
2. Vertrauensvolle Atmosphäre
3. Gelegentliches Kopfnicken und verstehende Äußerungen motivierten zum Erzählen
4. Nachfragen waren mengenmäßig nicht zu viel

5. Genügend Pausen zum Nachdenken
6. Teilweise aufkommende Emotionalität aufgrund der Auseinandersetzung mit der Vergangenheit -> bereitliegende Tempo-Box wäre sinnvoll

## Selbstbeobachtung

Was war gut / kann so beibehalten werden:

1. Pausen bewusst einhalten
2. Wohlwollendes Zuhören, Gefühl des Vertrauens und Verstehens geben
3. Einstiegsfragen haben sich bewährt, Versuchsperson ging auf sehr viele Stichworte ein ohne erneute Nachfrage zu benötigen

Was war nicht so gut / sollte geändert werden:

1. Tempobox bereitstellen – mit Emotionalität rechnen
2. Leitfaden generell zu umfangreich – schwer sich während des Interviews darauf zu orientieren
3. Unsicherheit im Maß finden zwischen Augenkontakt und Blick auf den Leitfaden
4. Störfragen kaum eingesetzt

## Änderungen im Leitfaden

1. Aspekt hinzufügen: Wird die eigene Krankheit akzeptiert? Wie geht es der Person mit der Diagnose?
2. Aspekt hinzufügen: Thema Selbststigmatisierung
3. Aspekt entfernen: erste Krankheitsanzeichen
4. Stichworte wenn möglich kürzer formulieren

## Sonstiges

1. Versuchsperson sehr reflektiert, vertraut mit der Krankheit, mittlereweile Krankheitseinsicht, liefert viele gute Inhalte, wenig Nachfragen möglich, gestaltet häufig schon von selbst die Überleitungen in den nächsten Bereich
2. bei ForschungspartnerInnen höchstwahrscheinlich nicht so ein hohes Maß an Eigenreflexion vorhanden, kognitive Fähigkeiten evtl. eingeschränkt

Abb.6: Pretest



## 12.4.3 Hinweise zur Durchführung der Interview-Sitzung

### Im Vorfeld abklären

1. Aufnahmegerät (Probeaufnahme) + Ersatzbatterien
2. Zettel + Stift für Notizen
3. Einverständniserklärung (Datenschutz, Anonymisierung)
4. Ort, Uhrzeit, Datum und Dauer festlegen
5. Teilnehmer aufklären: Zielsetzung der Befragung, Umgang mit den Daten (Aufnahme, Archivierung, Vernichtung)

### Beginn des Interviews

1. Begrüßung, Dank, Befinden - Aufwärmphase (Small-Talk)
2. Zusicherung der Anonymität
3. Einverständnis- und Datenschutzerklärung aushändigen
4. Einverständnis für Aufzeichnung des Gesprächs auf Tonband (dient dazu, dass ich nicht mitschreiben muss)
5. Untersuchungsanliegen vorstellen, Interviewablauf kurz erklären
  - a. Begriffsklärung „Stigmatisierung“: „Prozess, bei dem bestimmte Merkmale einer Person mit negativen Bewertungen belegt werden und die Person dadurch in Außenseiterposition gerät.“
  - b. Beginn mit offenen Fragen: alles erzählen, was dazu einfällt
  - c. Hinweis: es gibt kein „richtig“ oder „falsch“ bei den Antworten
6. Möglichkeit geben für Rückfragen
7. Aufnahmegerät einschalten

### Durchführung des Interviews mithilfe eines Leitfadens

Siehe Extrablatt

### Ende des Interviews

1. Fragen zum Ausklang: „Haben wir etwas vergessen, was Sie gern noch ansprechen würden?“ „Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“
2. Dank und Abschlussbemerkung: „Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben. In einer Woche werden wir uns ja wiedersehen. Bis dahin werde ich das Interview auswerten und dann gemeinsam mit Ihnen überprüfen.“ - kurze Einführung in Heidelberger-Struktur-Legende-Technik
3. Rückfrage, wie das Interview für die Person war
4. Faktenfragen für Hintergrundinformationen – wenn nicht schon im Interview benannt:

- a. Alter:
- b. Familienstand:
- c. Beruf:
- d. Wohnform:
- e. Soziales Umfeld:
- f. Diagnose, seit wann:

5. Einverständnis- und Datenschutzerklärung unterschreiben lassen

### Nach Abschluss des Interviews ausfüllen

1. Datum
2. Dauer des Interviews
3. Ort des Interviews
4. Anwesenheit anderer Personen während des Interviews
5. Von mir unterschreiben: „Hiermit bestätige ich die korrekte Ausfüllung des Interviews.“

### Postskript (in Anlehnung an Kruse 2015: 278)

1. Gesprächsatmosphäre: Ort, Stimmung, Verhalten des Interviewten (reserviert, zu Beginn reserviert dann aufgeschlossener, aufgeschlossen und rededer)
2. Befindlichkeiten: Interviewter und Interviewende
3. Rapport: Beziehung zwischen beiden
4. Gesprächsverlauf: Entwicklungsdynamik des Interviews
5. Interaktionen: besondere Interaktionsphänomene
6. Besonderheiten: Unterbrechungen, nonverbale Auffälligkeiten
7. Auffallende Themen: ausweichendes Verhalten, ausgelassene Thematik
8. Störungen: Gab es Probleme? Ist eine Nachbetreuung nötig?
9. Ich-Erleben: Wie ging es mir während des Interviews?

### Weitere Schritte

1. Erster Entwurf der ST durch folgende Schritte
  - a. Interview wortwörtlich transkribieren
  - b. Transkript sorgfältig lesen und analysieren, Farbiges Markieren
  - c. Markierte Teststellen in Beziehung setzen: führt, und, z.B.,...
2. Kommunikative Validierung in der folgenden Sitzung

Abb.7: Hinweise zur Durchführung der Interview-Sitzung

### **Interview- und Auswertungstreffen im Rahmen der BA-Thesis**

**Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, im Rahmen der Erstellung meiner Bachelorarbeit mit mir zusammenzuarbeiten. Im Folgenden möchte ich Ihnen einige Hintergrundinformationen zu dieser Arbeit geben.**

**Titel der Bachelorarbeit:** Ver-rückt sein. Das Stigma Schizophrenie – Auswirkungen auf das Leben von Betroffenen. Am Beispiel von an Schizophrenie erkrankten Menschen im Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens unter Verwendung des Forschungsprogramms Subjektive Theorien.

**Interviewende:** Daniela Weiß

**Forschungsfrage:** Auf welche Art und Weise erleben Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, Stigmatisierung? Welche Auswirkungen hat diese erlebte Stigmatisierung auf das Leben der Betroffenen und wie gehen sie damit um?

**Methodisches Vorgehen:** Geplant sind zwei Treffen im Abstand von etwa einer Woche. Das erste Treffen besteht aus einem Interview. Anfangs werde ich eher allgemeine Fragen zur Krankheit Schizophrenie und zum Thema Vorurteile und Stigmatisierung stellen. Im Verlauf des Interviews möchte ich von Ihnen erfragen, in wie fern Sie Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund Ihrer Erkrankung erfahren und wie sich dies auf Ihr Leben auswirkt. In einem zweiten Treffen werde ich das Interview gemeinsam mit Ihnen auswerten. Mithilfe einer sogenannten Struktur-Lege-Technik werden die Inhalte des Interviews in Beziehung zueinander gebracht und überprüft ob ich ihre Aussagen und Meinungen richtig verstanden habe.

**Datenschutz und Anonymisierung:** Jegliche Angaben zu Ihrer Person werden anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden können. Eine Zusicherung des Datenschutzes sowohl im Umgang mit der Tonbandaufnahme als auch mit der Verschriftlichung werden zugesichert und in einer Einverständniserklärung abgesichert.

**Ich freue mich auf die baldigen Treffen mit Ihnen!**

**Daniela Weiß**

## 12.4.5 Datenschutz- und Einverständniserklärung

### Datenschutz- und Einverständniserklärung

**Projekttitel:** Ver-rückt sein. Das Stigma Schizophrenie – Auswirkungen auf das Leben von Betroffenen. Am Beispiel von an Schizophrenie erkrankten Menschen im Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens unter Verwendung des Forschungsprogramms Subjektive Theorien.

### Datenschutzerklärung

Im Rahmen der Bachelorarbeit von Daniela Weiß an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg werden zwei Treffen stattfinden: die Durchführung eines Interviews sowie ein Treffen zur Auswertung. Die Teilnahme an diesen Treffen ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden.

Das Interview wird mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Die erhobenen Informationen werden unter datenschutzrechtlichen Bedingungen verwendet und alle Angaben zur interviewten Person werden anonymisiert.

Die Tonbandaufnahmen werden nach Vollendung der Abschlussarbeit unwiderruflich gelöscht.

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der Bachelorarbeit von Daniela Weiß an einem Interview und dessen Auswertungstreffen teilzunehmen. Ich wurde im Vorfeld über das Ziel und den Verlauf der Arbeit informiert und habe das Recht die Einverständniserklärung jederzeit zurückzuziehen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich bin mit der Aufzeichnung des Interviews durch ein Aufnahmegerät und einer anschließenden Verschriftlichung einverstanden. Außerdem wird mir die Anonymisierung aller Angaben und Rückschlüsse auf meine Person zugesichert. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Tonbandaufnahmen nach Vollendung der Abschlussarbeit unwiderruflich gelöscht werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Abb.9:** Datenschutz- und Einverständniserklärung

#### 12.4.6 Hinweise zur Durchführung der Dialog-Konsens-Sitzung

##### **Im Vorfeld abklären**

1. Ort, Uhrzeit, Datum und Dauer festlegen
2. Teilnehmer aufklären: Zielsetzung des Treffens, Umgang mit den Daten
3. Interview transkribieren
4. Vorbereitung Struktur-Kärtchen
5. Anwendung der Heidelberger Struktur-Lege-Technik
  - a. Wichtigste genannte Konzepte (erklärende Sachverhalte, Definitionen, Rahmenbedingungen,...) auf Kärtchen schreiben
  - b. Zusammenhänge zwischen den Konzepten visuell darstellen – Kärtchen positionieren und verbinden
  - c. Erst selber anordnen, dann TeilnehmerIn vorlegen, der/die ggf modifiziert
  - d. Und, z.B., so wie, je mehr desto mehr, führt zu, indem, das ist, nur wenn auch, damit, um zu, das ist, erkennbar, Ziel erreicht, wird neutralisiert durch, führt allerdings auch zu, oder
  - e. Regeln: von rechts nach links und oben nach unten lesen
6. Leere Kärtchen zusätzlich mitbringen

##### **Beginn des Interviews**

1. Begrüßung
2. Zusicherung der Anonymität – Einverständnis- und Datenschutzerklärung gilt für beide Termine
3. Aufwärmphase (Small-Talk)
4. Ablauf kurz erklären, Einführung in Heidelberger-Struktur-Lege-Technik

##### **Durchführung der Dialogischen Validierung**

1. Kärtchen vorlegen und erläutern
2. Gemeinsam mit UntersuchungspartnerIn in Modifikationsphase gehen, so lange, bis Dialog-Konsens erreicht ist

**Abb.10:** Hinweise zur Durchführung der Kommunikativen Validierungs-Sitzung



## 12.5 Transkripte der Interviews

### 12.5.1 Transkript Interview Frau Schmidt

1 I: Dann würde ich sagen, erzählen Sie mir doch erstmal ganz kurz was über sich (...)   
2 wie heißen Sie, das weiß ich ja, Frau Schmidt, wie alt sind Sie, wo sind Sie geboren,   
3 was sind so Ihre Hobbies, wie sieht so ein normaler Tag bei Ihnen aus. Erzählen Sie   
4 doch einfach mal.

5   
6 B: Oh je (lachen), ein normaler Tag bei mir (...) bei mir ist auch jeder Tag anders, ob-   
7 wohl ich nicht viel zu tun habe, aber eine Wohnung, Essen, Essen machen, Wohnung   
8 einigermaßen sauber halten. Schaffen kann ich nicht mehr, das geht nicht bei mir. Ja,   
9 und sonst, was (...) was soll ich noch erzählen?

10   
11 I: Sie haben gerade gesagt, schaffen können Sie nicht mehr. Warum können Sie das   
12 nicht mehr?

13   
14 B: Ja, wenn ich das wüsste. Das frage ich auch immer. Ich hab es drei-, viermal pro-   
15 biert. Und drei-, viermal hat es nicht geklappt.

16   
17 I: Einfach weil es Ihnen zu viel ist, oder?

18   
19 B: Ja, ich komme dann heim und kann die ganze Nacht nicht schlafen. Immer wenn ich   
20 etwas mache oder so, oder Termine habe, entweder schlafe ich unruhig oder ich schla-   
21 fe überhaupt nicht, wenn ich eine Beschäftigung habe. Das habe ich gemerkt, ein paar   
22 Tage geht es gut und dann/ ich habe auch einen guten Eindruck gemacht, hat es ge-   
23 heißen, aber bloß mit der Zeit habe ich mehr am Rauchen verbracht wie am Arbeits-   
24 platz. (...) Ja, was ich sehr bedauere, dass ich das nicht kann (...) Ja.

25   
26 I: Das heißt, Sie hätten an sich schon gerne eine Arbeit?

27   
28 B: Ja, ich hab ja keine kleine Kinder daheim (...)

29   
30 I: Und wenn Sie jetzt mal so einen typischen Tag beschreiben würden, wie sieht der   
31 ungefähr aus. Wann stehen Sie auf, was machen Sie dann?

32   
33 B: Also das ist unterschiedlich wann ich aufstehe, manchmal auch um acht, aber meis-   
34 tens um elf, zwölf. Ich gehe in letzter Zeit auch um sieben, acht ins Bett. (...) Ja. (...)   
35 Was noch?

36   
37 I: Was machen Sie dann, wenn Sie aufgestanden sind?

38   
39 B: Ja, Kaffee trinken, Duschen, (...) Duschen, Kaffee trinken, ein bisschen aufräumen.   
40 Dann habe ich immer wieder schlechte Tage, weil ich denke, ich kann nicht aufräumen   
41 richtig. Und mich beschäftigt viel, die Wohnungsordnung, das beschäftigt mich ganz   
42 arg. Und ich bin so froh, dass jetzt eine Haushaltshilfe kommt (...) Ja, da bin ich echt   
43 ganz arg froh, dass das durchgegangen ist.

44   
45 I: Und sind Sie dann mehr in der Wohnung oder sind Sie manchmal auch draußen?

46   
47 B: Selten draußen. Überwiegend in der Wohnung. Wo wir (lachen) Was meine Ver-   
48 wandten nicht verstehen, ich meine, mir macht das gar nichts aus, ich hab das gern,   
49 wenn ich nicht aus dem Haus muss. Und meine Verwandte sagen halt, ich soll mehr   
50 raus.

I: Und was sind das für Momente, wenn Sie rausgehen? Ist das, weil Sie einen Termin haben oder weil Sie denken: „Ach, jetzt geh ich mal raus“?

B: Also das kommt selten vor, dass ich aus Lust und Laune, vielleicht Einkaufen, Pflegeprodukte schaue. Aber meistens ist mir das zu viel. Und ich will halt daheim bleiben. (...) Manchmal hole ich auch Brot beim Bäcker. Aber manchmal schaffe ich es auch nicht bis da drüben zum Hornbach, das ist mir manchmal zu viel (...) Ja, und sonst? Fragen Sie was anderes.

I: Okay, dann gehen wir weiter zur nächsten Frage (lachen). Es geht ja heute ein Stück weit um Ihre Krankheit. Das ist ja eine Diagnose die Sie haben: Schizophrenie. Wissen Sie noch ungefähr, wann wurde das diagnostiziert?

B: Ja, so viel ich weiß, das war 82, 83.

I: Also schon eine relativ lange Zeit, dass es diagnostiziert wurde (...) Wissen Sie auch noch, wie ging es Ihnen damals damit, als Sie die Diagnose gekriegt haben?

B: Ja, zum Beispiel habe ich gedacht, dass der Andreas (Nochelintiano ?) bei mir im Bad war. Und dass ein Prinz kommt und mit mir durchbrennt, und lauter solche Sachen. Dann habe ich Geräusche gehört, und dann habe ich gedacht „Ah, jetzt werde ich abgeholt.“ Und lauter solche Fantastereien im Kopf. Und dann habe ich auch gedacht, mich hat man verletzt als kleines Kind. Das hat aber auch nicht gestimmt und (...) ja, ich kann mir das gut vorstellen. Ich hab das noch gut in Erinnerung. Das war furchtbar. Furchtbar war das, ja.

I: Und sind Sie dann von selbst zum Arzt?

B: Ich hab bei meiner Mutter Tabletten geschluckt und dann hab ich es meiner Schwester gesagt, die hat dann den Notarzt angerufen und dann bin ich nach Musterstadt gekommen. Das war 82, wo es richtig rausgekommen ist, die Krankheit. Ja. Dann war ich in Musterstadt und da sind mir alle Gesichter bekannt vorgekommen. Dann haben sie gesagt/ Dann habe ich das gesagt: „Mir kommen viele bekannt vor.“ Dann hat es geheißen: „Waren Sie da schonmal?“ Dann habe ich gesagt: „Nein, das erste Mal.“ Und dann haben sie halt gemeint, sie haben mir Haldol gegeben und ich konnte nicht sitzen, nicht/ Es war furchtbar. Also wie so eine Sitzunruhe (...) Es ist mir vorgekommen wie Folter irgendwie. Das Haldol, habe ich mal gelesen, das hätte der Hitler als, wie sagt man (...) als Folter benutzt bei den Juden. Geschaut, wie sie das vertragen und so Sachen. Also ich habe auch viele Alpträume gehabt. Alpträume, Ängste, vor allem, große Ängste hab ich immer gehabt. Und dann war ich eine Zeit lang komisch drauf. Ich hätte Tabletten nehmen sollen, und ich habe sie aber nicht genommen und wollte dann nachts rumtrampen. Dann hab ich getrampt von hier nach dort, hin und her getrampt, und hab immer gedacht, es kommt ein Prinz und heiratet mich.

I: Ach, das haben Sie in der Klinik auch noch gedacht?

B: Ja, ja, ja.

I: Und dann hat ja irgendwann einmal ein Arzt zu Ihnen gesagt: „Frau Schmidt, Sie haben die Krankheit Schizophrenie.“

B: Das war schon vorher, aber das hat keiner/ (...) Also das war so, dass meine Mutter gesagt hat, ich hätte schon als Kind war ich anders als meine anderen Geschwister, und sie sei auch zum Arzt und dann hätte es geheißen, das sind Fantastereien, das geht mit den Jahren wieder weg, und so. Und es ist halt immer schlimmer geworden (...) wo ich geheiratet habe, das erste Mal, den Vater von meiner Tochter, und der war stark alkoholabhängig, ja (...) und dann haben wir geheiratet als ich im 9. Monat

109 schwanger war, ja und dann (...) habe ich immer Angst auch, wo meine Kleine klein  
110 war habe ich immer Angst gehabt, da passiert was. Übermäßig ängstlich mit dem Kind  
111 (...) Und eine zeitlang war mir meine Tochter zu viel. Sie wollte immer hin und her. Und  
112 meine Mutter hat behauptet, da hätte sie schon merken sollen, dass irgendetwas mit  
113 mir nicht stimmt. Dann hat sie gemeint, sie hätte einen Bericht im Fernsehen gesehen  
114 und die Geschichte hätte sie an mich erinnert, meine Mutter, und sie hat gesagt, ja,  
115 was hat sie gesagt (...) so ähnlich war ich auch drauf.

116

117 I: Also einen Bericht über Schizophrenie hat sie gesehen?

118

119 B: Ja, ja. Dann habe ich eine zeitlang starke/ ich habe wo gewohnt und da war ALLES  
120 Chaos, NIEMAND hat sich um mich gekümmert. Und dann war ich einmal bei einem  
121 Psychiater und die haben gesagt, ich soll mit einer Therapeutin in ein betreutes Woh-  
122 nen. Und dann habe ich gedacht, ja, weil meine Mutter gesagt hat, wenn alle nicht gut  
123 drauf sind, dann steckt das an und mir würde es schlechter gehen. Dann wollte ich  
124 zuerst nicht. Und dann habe ich doch/ und dann bin ich ins Wohnkolleg. Und seitdem  
125 geht es mir besser.

126

127 I: Schön. Und damals, also als das alles kam, dass Sie auch in Musterstadt waren und  
128 so, wie haben die Leute um Sie herum denn darauf reagiert?

129

130 B: Ich hab halt nicht viele Kontakte gehabt, außer meine Verwandte. Und die haben  
131 gemeint, (...) so schlimm sei doch alles gar nicht, und, und, mein Vater war einmal bei  
132 der Ärztin und hat gesagt: „Meine Tochter ist so faul.“ Und dann hat die gesagt: „Die ist  
133 nicht faul, die ist krank.“ Ja, und dann hat es geheißen, ich sei verrückt und wolle im-  
134 mer tanzen gehen. Und hätte Amüsieren im Kopf und Männergeschichten. Und lauter  
135 solche Sachen. Und dann haben sie gemeint: „Alte Schlampe“. Und haben aber nie  
136 ernsthaft gefragt: „Wie geht es dir?“ (...) Das war das erste Mal, da war die Frau Kugler,  
137 die Frau kann ich nicht vergessen, die hat mich aus dem Chaos raus und ins Wohnkol-  
138 leg. Ja, und da war es auch chaotisch am Anfang. Und dann, ab 92, wo ich dann den  
139 Hubert kennen gelernt habe, und der hat dann gefragt: „Ja, wie geht es dir? Kannst du  
140 arbeiten? Oder kannst du nicht arbeiten?“ Der hat mit mir irgendwie/ Da hab ich mich  
141 dann verliebt, weil der so, gar nicht so, wie soll ich sagen, nicht gesagt hat, ich sei faul,  
142 sondern er hat gemeint, ja, solche Geschichten kenne er schon und so. Und dann ha-  
143 be ich gedacht, wenn mir damals ein Arzt oder Psychologe oder irgendjemand gehol-  
144 fen hätte richtig/ und aber es war dann der Hubert, der mir am meisten geholfen hat.  
145 Sie haben auch gemeint, wir halten es keine drei Wochen miteinander aus, aber dann  
146 war es so, dass wir jetzt über 24 Jahre zusammen sind. Und ich hab immer noch  
147 Ängste ihn zu verlieren (...) ja.

148

149 I: Das heißt, so eine Reaktion auf das, dass Sie sagen, Sie haben Schizophrenie, war,  
150 dass zum Beispiel jemand sagt, Sie sind faul?

151

152 B: Ja, das war der Vater.

153

154 I: Ok. Was gab es noch für Reaktionen?

155 B: (Husten)

156

157 B: Ich sei, ich sei eine Nymphomanin. Einfach so, ich weiß auch nicht (Husten - etwas  
158 trinken). Das hab ich gar nicht gewusst, dass das so ein ernsthaftes Gespräch/ dass  
159 das bei mir so Emotionen (...) aber/

160

161 I: Ja, das gehört manchmal mit dazu. Das ist in Ordnung.

162

163 B: Ja (...)

164

165 I: Das heißt, dann waren so Reaktionen auch, dass Sie auch beschimpft wurden.

166  
167 B: Also beschimpft hat mich meine Mutter am meisten (...) und auch geschlagen. Auch  
168 wo ich erwachsen war, da ist sie immer gekommen „Du kannst doch das. Warum  
169 machst du das nicht?“ Und mein Bruder hat mich geschüttelt, auf dem Sofa, wo ich  
170 gelacht habe, vor mich hingelacht habe und dann hat er gesagt: „Willst du mich verar-  
171 schen?“. Das habe ich noch in Erinnerung.  
172  
173 I: Wie haben Sie sich dabei gefühlt?  
174  
175 B: Ja, wie ein Stück Dreck (...) Also ich habe es/ ich bin betreut worden. Die Frau  
176 Gänssle, die hat mir Rente beantragt, und, ihr habe ich auch gesagt, ich fühle mich so  
177 minderwertig, auch weil ich kein eigenes Einkommen habe. Ja, und dann hat sie mit  
178 mir Ding beantragt, wo ich wann gearbeitet habe, und dann hat sie gemeint, ich hätte  
179 Anspruch auf Rente. Ja, und seit der Rente ist es dann aufwärts gegangen.  
180  
181 I: Und das heißt, so in Ihrem Umfeld, Ihre Verwandtschaft und so, die kennen Ihre Di-  
182 agnose? Oder?  
183  
184 B: Ja, also die kennen das. Aber die Leute, die mich früher/ die sind fast alle gestorben  
185 (...)  
186  
187 I: Ok. Aber so in Ihrer Familie/ Und hier in der Nachbarschaft? Haben Sie da Kontakte?  
188 Wissen die Leute etwas?  
189  
190 B: Ja, die Leute wissen, dass wir psychisch krank sind. (...) Ja, die waren eigentlich  
191 tröstend. Ich war beim Bäcker und habe gesagt: „Oh je, jetzt kann ich nicht arbei-  
192 ten.“ Also habe vom Arbeiten erzählt. Dann hat sie gesagt: „Hier wohnen genug junge  
193 gesunde Menschen, die nicht schaffen WOLLEN.“ Und dann brauche ich mir da keinen  
194 Kopf machen, wenn ich auch Rente hab. Ja, das hat Sie dann gesagt. Es sind junge  
195 gesunde Menschen, die hier nicht arbeiten wollen. Das hat mich dann ein bisschen  
196 entlastet.  
197  
198 I: Hier im Haus, gibt es da auch Leute, die (..)  
199  
200 B: Die sagen nur Grüß Gott, sonst haben wir keinen Kontakt, so dass jemand zum Kaf-  
201 fee trinken kommt oder so (...) Ich habe die Angewohnheit „Grüß Gott“ zu sagen, und  
202 immer wenn der Türke draußen ist, sage ich „Grüß Gott“, dann sagt er „Hallo“ (lachen).  
203  
204 I: (Lachen) Er sagt nicht „Grüß Gott“? (...) Aber immerhin „Hallo“ (lachen)  
205 Was haben Sie selber denn für ein Bild über Menschen, die an Schizophrenie erkrankt  
206 sind? (...) Also Sie haben jetzt vorhin gesagt, Sie selber haben erfahren, dass jemand  
207 zum Beispiel zu Ihnen sagt, sie seien faul oder so. Wenn Sie jetzt dran denken, ken-  
208 nen Sie Menschen die an Schizophrenie  
209 (Unterbrechung - Telefon)  
210  
211 B: Wer ist das?  
212  
213 (kurze Pause)  
214  
215 B: Das war meine Mutter, die ruft mich jetzt jeden Tag an.  
216  
217 I: Ja? (...) Also kennen Sie Menschen, die Schizophrenie haben?  
218  
219 B: Ja, den Hubert. Der hat ja eine böse Diagnose gehabt. Ja, und wer noch? Ich habe  
220 eine Freundin gehabt, die, vom Wohnkolleg, äh, was war mit der? (...) Ja, die war nei-  
221 disch, auf alles. Irgendwie Konkurrenzgeist hat die mir da entgegen geschleudert. Was  
222 ich so sage. Also, dass sie (...) einem nichts gönnen gegenseitig (...) Also ich weiß,

223 dass manche den anderen Leuten nichts gönnen, von den Kranken, das habe ich mit-  
 224 gekriegt. (...) Ich habe auch keine Freundin (...) Ja.  
 225  
 226 I: Fehlt Ihnen das?  
 227  
 228 B: Eine zeitlang im Wohnkolleg. Da war der Hubert ein Frauentyp, schlank und rank  
 229 und so (lachen). Und da waren mehrere interessiert, und er hat sich dann für mich ent-  
 230 schieden und dann waren ein paar da, die haben dann nicht mehr mit mir geredet.  
 231  
 232 I: Waren sie eifersüchtig, wahrscheinlich, oder?  
 233  
 234 B: Ja, und dann hat sie gesagt, bei uns sei die Luft raus, bei dem Mädchen und bei mir  
 235 sei die Luft raus. Und darum haben wir keinen Kontakt mehr. Ansonsten bin ich auch  
 236 kontaktarm, weil ich (...) äh, was wollte ich sagen? Ich schaffe es auch nicht alle Ver-  
 237 abredungen einzuhalten. Ich bin lieber daheim. Dann hat jemand gesagt, das sei der  
 238 Heimvorteil (...)  
 239  
 240 I: Und haben Sie/ wenn Sie jetzt die Krankheit Schizophrenie beschreiben würden, wie  
 241 würden Sie das machen?  
 242  
 243 B: Haben Sie den Film angeschaut, wie heißt er, X-Matrik (?) oder wie das geheißen  
 244 hat?  
 245  
 246 I: Nein. Den kenne ich nicht.  
 247  
 248 B: Die waren in Wannen (...) im Liegen (...) und die hatten Fantastereien im Kopf ge-  
 249 habt, das war ganz gut beschrieben. Fantastereien im Kopf gehabt, wo sie denken, wie  
 250 ein Traum, der echt ist, aber doch nicht echt ist (...) Ach, ich kann es nicht richtig erklä-  
 251 ren.  
 252  
 253 I: Also man hat das Gefühl man sei im Traum, aber denkt der Traum sei wahr?  
 254  
 255 B: Ja, ja. (...) Wenn Sie den Film angeschaut haben, dann haben sie gemerkt, sie sind  
 256 angeschlossen mit Drähten, und dann haben sie so Ängste, wie wenn das echt sei,  
 257 und ich es echt erlebt hätte, aber das habe ich gar nicht erlebt. Ich war im Bett, zum  
 258 Beispiel, wenn ich eine zeitlang früh aufgestanden bin, habe ich morgens den Alptraum  
 259 gehabt, ich verschlafe. Und dann Ängste, dass ich den Bus verpasse. Und dann ir-  
 260 gendwie aufstehe, aber ich muss gar nicht mit dem Bus fahren (...) Haben Sie was  
 261 verstanden?  
 262  
 263 I: Ja, doch.  
 264  
 265 B: Es ist wie ein Traum oder ein Alptraum erleben, wo ich denke, es passiert tatsäch-  
 266 lich aber bin irgendwie im Bett. Und dann bin ich meistens entlastet. Schlimmer war es  
 267 immer wenn ich den Bus verpasse. Bus verpassen/ (...) und dass Einbrecher kommen  
 268 in der Nacht und ich mich schlafen stelle und denke, da höre ich Geräusche, da ist  
 269 jemand in der Wohnung.  
 270  
 271 I: Wie geht es Ihnen in solchen Momenten? Was haben Sie da für Gefühle?  
 272  
 273 B: Oh, das sind schlimme Gefühle. Die kann ich gar nicht so richtig/ wenn sie mal so  
 274 einen furchtbaren Alptraum gehabt haben, wo sie dann ganz verschwipst aufgewacht  
 275 ist/ ganz verschwitzt, und Ängste und Herzklopfen. Und das war so. (...)  
 276  
 277 I: Was glauben Sie, was für Vorurteile gibt es gegenüber Ihrer Krankheit?  
 278  
 279 B: Ja, das ist Mangel an Wissen. Weil viele denken, also ich auch, wo ich zwanzig oder

280 neunzehn war, habe ich gedacht, psychisch krank sind die, die/ (...) Äh, was hab ich  
 281 da gedacht? Die wo rumschreien und die man festbinden muss und verknoten muss  
 282 und, man sei laut und alles um sich schlagen (...) so Sachen habe ich gedacht, sei ein  
 283 psychisch Kranker. Und meine Familie ist eine ganz einfache Familie, die haben nie  
 284 etwas gewusst von Schizophrenie. Meine Mutter hat bloß gesagt, ich sei anders, an-  
 285 anders wie meine anderen Geschwister gewesen. Sie hat das zum Arzt gesagt, aber die  
 286 haben da auch nichts unternommen.  
 287  
 288 I: Fallen Ihnen sonst noch Vorurteile ein, die es gibt oder die Sie erlebt haben?  
 289  
 290 B: Also was mir am meisten nachgeht, ist, wenn sie sagen, ich sei eine Drecksau (...)   
 291 Wenn die Wohnung (...) die kann man doch machen, heißt es immer, und das geht  
 292 doch, wieso geht das bei dir nicht, du musst dich anstrengen, du musst dich anstren-  
 293 gen, und dann klappt es schon, aber dann klappt es aber doch nicht (...) und am meis-  
 294 ten Minderwertigkeit, als meine Mutter mir vermittelt, du bist zu nichts zu gebrauchen.  
 295 Das hat sie eine zeitlang gesagt.  
 296  
 297 I: Und haben Sie dann gemerkt, dass Sie manchmal die Vorurteile annehmen? Und  
 298 denken „ja, stimmt“?  
 299  
 300 B: Ha, manchmal weiß ich selber nicht (...) selbst nicht ob es stimmt oder ob es Fan-  
 301 tastereien sind, oder ob ich TATSÄCHLICH glaube, dass ich absichtlich nicht putze,  
 302 oder, dass ich ein Schmarotzer sei. Des geht mir auch/ Doch, da war mal einer, und  
 303 der hat zu mir gesagt, ich sei ein Schmarotzer, ja, das stimmt. Der ist aber schon ge-  
 304 storben. Der war über 80. Und der hat mal gesagt, ich sei ein Schmarotzer, ja.  
 305  
 306 I: Wissen Sie, warum er das gesagt hat?  
 307  
 308 B: Das war so, er hat gesagt, der Hubert geht jeden Morgen arbeiten und ich gehe mit  
 309 dem Morgenmantel an den Briefkasten und dann sei ich ein Schmarotzer. Das ist so  
 310 vorgefallen, ja.  
 311  
 312 I: Aber Sie haben ihn nicht gekannt?  
 313  
 314 B: Nein, nein.  
 315  
 316 I: Ok (...) Gibt es auch Vorurteile, die Sie erlebt haben, wo Sie sagen, ja, die stimmen  
 317 sogar?  
 318  
 319 B: Wie, stimmen?  
 320  
 321 I: Also Sie haben ja jetzt gesagt, zum Beispiel das Vorurteil, Sie kümmern sich nicht  
 322 um ihre Wohnung. Das ist ja ein Vorurteil. Und ist es aber etwas, wo Sie sagen, ja,  
 323 irgendwo stimmt es ja auch?  
 324  
 325 B: Ja, das habe ich mal mit den Therapeuten reden wollen. Die sagen ich sei bequem.  
 326 Jetzt weiß ich nicht, ob die auch Recht haben. Ob es eine Bequemlichkeit ist. Mehr  
 327 bequem wie Krankheit. Und, ich sei auch nicht nach Musterstadt. Ich hab ja das Haldol  
 328 genommen, weil (...) das Haldol sei kurzfristig gut, aber langfristig nicht. Aber ich war  
 329 da seit Musterdorf und in Musterstadt, war ich schon ewig lang nicht mehr in der Klinik,  
 330 und der Hubert auch nicht. Irgendwas machen wir also schon richtig.  
 331  
 332 I: Ja, das stimmt. (...) Und es gibt ja auch/ Ich weiß nicht, ob Sie diese klassischen  
 333 Vorurteile kennen, dass man sagt, Menschen die Schizophrenie haben sind so ein  
 334 bisschen unberechenbar, (...) man weiß nicht so recht, wie man sie einschätzen soll,  
 335 vielleicht gefährlich. Können Sie das teilen oder sagen Sie „Nein, das stimmt ja gar  
 336 nicht.“

337  
338 B: Nein, es gibt bestimmt Leute, die/ Aber die sind dann in der Geriatrie oder so. Ich  
339 bin ja harmlos, ich bin betreutes Wohnen und (...) es gibt ja schon welche/ im Fernse-  
340 hen kommen ja in den Nachrichten „psychisch krank“ und so, dass man meint, die sind  
341 unberechenbar. (...) Das meine ich auch beim Hubert manchmal. Habe ich gedacht,  
342 weil einmal hat die Therapeutin, das war in Musterstadtteil, wo wir gewohnt haben, und  
343 die hat gesagt, der wechselt von 0 auf 100. Dann hat sie gemeint, er sei arg krank (...) Die  
344 Vorteile sind, einmal habe ich Angst gehabt vorm Hubert. Der hat gesagt: „Nimm  
345 dich in Acht.“ Weil er hat irgendwas kaputt gemacht und dann hat er zu mir gesagt:  
346 „Nimm dich in Acht.“ Und dann hab ich auch auf dem Sofa geschlafen und habe biss-  
347 chen Ängste gehabt, ist er gewalttätig? Aber dann hat es geheißen, der ist nicht ge-  
348 walttätig. Er schlägt einen nicht oder so. Und dann hat eine Frau behauptet, der Hubert  
349 würde mich schlagen (...) Und dann hat sie mich aber sauer gemacht (...) Hat sie den  
350 Therapeuten erzählt, Hubert würde mich schlagen. Und das war Blödsinn. Das war  
351 auch so eine blöde Kuh (...)  
352  
353 I: Haben Sie es dann richtig gestellt?  
354  
355 B: Ja, ja (...)  
356  
357 I: Das ist gut (...) Was glauben Sie, wovon kommt es, dass manche Menschen zum  
358 Beispiel denken, Schizophrene seien gefährlich oder unberechenbar?  
359  
360 B: Ha, ich denke, es kann jeder/ (...) jeder kann ausflippen (...) Wenn man einen pro-  
361 voziert, dass man da leicht ausflippt (...) oder manche rühren sich nicht (...) ich wollte  
362 ja einmal bloß in meiner Laufbahn als psychisch krank einmal jemanden schlagen. Das  
363 war der Herr Keller, weil der so blöd rausgeredet hat. Aber ansonsten habe ich keine  
364 Aggressionen mehr. Eher depressiv, niedergeschlagen, und nicht gefährlich (...) Es  
365 gibt bestimmt Leute, Mörder oder Sexualstraftäter für Kinder und so Sachen (...) aber  
366 (...)  
367  
368 I: Jetzt hatten wir es ja vorhin von diesem Begriff Stigmatisierung. Also so, wie werde  
369 ich wahrgenommen in der Gesellschaft, was für ein Bild gibt es dort. Und, oft ist es so,  
370 dass man durch Stigmatisierung auch Nachteile erfährt. Fallen Ihnen Beispiele ein, wo  
371 Sie aufgrund ihrer Krankheit irgendwo Nachteile erfahren haben? (...) Sie haben vorhin  
372 zum Beispiel den Bereich Arbeit angesprochen, Sie würden gerne arbeiten, aber kön-  
373 nen nicht mehr.  
374  
375 B: Ja, ja (...) das war so der Fall (...) und dann ist noch die Zuckerkrankheit dazuge-  
376 kommen. Und (...) ja, da habe ich halt erfahren, am Anfang, dass ich irgendwie faul  
377 wäre. Und da war auch jemand, der gesponnen hat, so einer, der hat mich mal blöd  
378 angemacht, so ein (...) Betreuer, der dort wohnt, aus Ungarn, der hat immer/ Ich bin  
379 mal so da gesessen, dann sagte er: „Ah, jetzt sitzen Sie in der Lieblingsstellung.“ Und  
380 lauter solche Sachen.  
381  
382 I: Also haben Sie von einem Betreuer Nachteile erfahren.  
383  
384 B: Ja, aber nicht die Betreuer wie Sie, sondern die Arbeitsbetreuer. Das war so ein  
385 älterer Mann. Das war bissle beleidigend war das.  
386  
387 I: Haben Sie sonst noch/ Fallen Ihnen sonst noch Nachteile ein?  
388  
389 B: Hmm (...) Nachteile (...) Also in letzter Zeit habe ich viele Vorteile (...) in letzter Zeit  
390 habe ich echt viele Vorteile. Jemand der nach mir und der Wohnung schaut. Und mit  
391 den Therapeuten klarkommt. Und mit dem Mann jetzt auch klarkommt. Dass ich bissle  
392 Geld hab. Ja (...)  
393

394 I: Hatten Sie damals bei der Wohnungssuche Nachteile gehabt oder ging das gut?  
395  
396 B: Ach oh je, oh je, da kann ich was erzählen. wir haben da so eine Therapeutin ge-  
397 habt, zehn Jahre lang. Die hat mich echt diskriminiert. Und wir waren in einer Wohnung,  
398 da war die hintere Klotüre, also eine Glastüre hinterm Klo, und (...) das hat 4000 Mark  
399 im Monat hat uns die Therapeutin gesagt, wir kriegen keine andere Wohnung und hat  
400 richtig blöd rumgemacht. Dann sagte meine Mutter: „Geh doch zum Rathaus, ihr habt  
401 geringe Einkommen. Da gibt es doch Sozialwohnungen.“ Und dann habe ich das ge-  
402 macht und dann haben wir die Wohnung bekommen. Und die Therapeutin, die hat ge-  
403 sagt: „Sie bekommen woanders keine Wohnung. Sie müssen dort bleiben, wo das  
404 Klo“/ Und dann hat meine Mutter gesagt, geh aufs Rathaus. Und dann bin ich um 9:00  
405 Uhr morgens ganz verschlafen zum Rathaus und die haben gemeint, ja, wenn ich ver-  
406 heiratet bin, dann soll ich nochmal kommen. Und tatsächlich war ich dann nach ein  
407 paar Monaten verheiratet und dann bin ich, (...) zu dieser Frau gegangen und dann hat  
408 sie gesagt, gerade eben die Wohnung sei frei geworden, und wenn ich sie will, kann  
409 ich sie haben. Und so sind wir dann zu der Wohnung gekommen. Die Frau habe ich  
410 jetzt wieder vergessen gehabt, Frau Müller hat sie geheißen. Die hat (...) also, das hat  
411 sogar Hubert gemerkt, dass sie komisch zu mir war. Aber warum weiß ich auch nicht.  
412 (...) Die hat halt gedacht, weil ich nicht arbeiten war und (...) entweder dass ich Alko-  
413 hol trink, weil ich so viel geraucht hab. Aber ich trink überhaupt keinen Alkohol und jetzt  
414 tu ich auch nicht mehr rauchen. Also seit die Therapeutin weg gegangen ist, ist es  
415 bergauf gegangen. (...)  
416  
417 I: Tun Sie sich leicht neue Bekanntschaften zu finden?  
418  
419 B: Ja.  
420  
421 I: Schön. Haben Sie auch so/ Also Sie haben vorhin mal kurz erwähnt, Sie hätten ger-  
422 ne eine Freundin. Haben Sie jemanden hier, wo Sie sagen, da gehe ich manchmal  
423 vorbei, oder die kommt manchmal vorbei? Oder fehlt Ihnen das?  
424  
425 B: Fehlt mir nicht.  
426  
427 I: Ok. Also es ist nichts wo Sie sagen: „Eigentlich würde ich viel lieber noch mehr“/ Das  
428 ist in Ordnung für Sie so?  
429  
430 B: Das ist in Ordnung für mich, ja. (...) Der Hubert bringt ja andauernd was Neues.  
431 Meine Familie deswegen, weil ich in letzter Zeit viel Familienkontakt habe, mit meiner  
432 Schwester, und meine Tochter kümmert sich jetzt auch mehr um mich. Und, ja, (...)  
433  
434 I: Wenn Sie so Benachteiligung oder so erfahren haben, zum Beispiel von dieser The-  
435 rapeutin, wie haben Sie darauf reagiert?  
436  
437 B: Wut. (...) Aber ich habe sie nie angesprochen.  
438  
439 I: Also war das eher in Ihnen etwas. Also dass Sie sich aufregen, aber jetzt nicht, dass  
440 Sie es ihr sagen?  
441  
442 B: Nein. Da war ich auch nicht so, dass ich alles sagen konnte. Konnte ich nicht. Erst  
443 seit die Frau weg ist, ist es bergauf gegangen. (...) ich weiß nicht, ob ich es falsch ge-  
444 macht habe, aber jetzt klappt es besser, wie früher. Seit ich auch eine eigene Thera-  
445 peutin hab, und der Hubert einen Therapeuten, der am Computer rummacht, ist er  
446 auch besser drauf.  
447  
448 I: Schön (...) Und haben Sie manchmal selber negative Gedanken über sich?  
449  
450 B: Hab ich, ja (...).



451  
452 I: Was sind das für Gedanken?  
453  
454 B: (...) Hmm, Minderwertigkeitskomplexe, irgendwie so. (...) Ich war ja als junges Mäd-  
455 chen, da wollten sie mich in die Sonderschule. Und da habe ich auch arg zu kämpfen  
456 gehabt. (...) Ich war immer faul, unordentlich (...) verwöhnt, ich wollte immer Schoko-  
457 lade essen (lachen) und lauter solche Sachen.  
458  
459 I: Und dann haben Sie manchmal minderwertig von sich gedacht?  
460  
461 B: Ja, dass ich dumm bin (...) dumm und gefräßig und faul. (...)  
462  
463 I: Können Sie sich erklären woher die Gedanken kamen?  
464  
465 B: Ja, der Keller hat einmal gesagt, als Kind nicht gescheit behandelt worden.  
466  
467 I: Ok (...) Und merken Sie manchmal auch, dass wenn Leute etwas zu Ihnen sagen,  
468 gerade so, sie seien faul oder sie sind unordentlich. Merken Sie, dass Sie diese Ge-  
469 danken dann manchmal selber annehmen und sagen: „ja, stimmt.“?  
470  
471 B: Ja, stimmt. (...) Die sagen auch, ich strenge mich nicht genug an. Vielleicht wenn  
472 ich mich stärker anstrengen würde, würde es Hubert auch besser gehen, wäre die  
473 Wohnung in Ordnung, gibt es keinen Streit und lauter solche Sachen hab ich im Kopf.  
474 (...) Jetzt muss ich schnell Zuckermessen.  
475  
476 - Pause: Zuckermessen –  
477  
478 I: Ja, wir sind jetzt eigentlich auch von den Fragen soweit durch, Frau Schmidt. Haben  
479 Sie noch irgendetwas, was Sie sagen wollen oder irgendetwas wo Sie merken, das  
480 wollen Sie noch erzählen oder das ist mir noch eingefallen.  
481  
482 B: Eingefallen? (...) Ha, dass ich so viel Beachtung bekomme. Dass mir das eigentlich  
483 gut getan hat. (...) Auch mit Mitmenschen, die das kennen und auch helfen wollen und  
484 so Sachen. Das find ich jetzt gut.  
485  
486 I: Das heißt, Sie haben nicht nur Nachteile erlebt, sondern durchaus auch Vorteile.  
487  
488 B: Schöne Vorteile. Entlastungen. Das habe ich durch die Therapeuten. Ja, das stimmt  
489 (...) Eine zeitlang, was war vor Kurzem, das wollte ich noch erzählen, dass meine Mut-  
490 ter irgendwie, wegen dem Einkaufen und der Hubert war im Stress, und meine Mutter  
491 ruft an und sagt: „Kauf der Beate das und das.“ Dann sagt er, er muss jetzt sparen fürs  
492 Auto, er ist jetzt nicht gut drauf. Und dann hat meine Mutter gedacht, er kauft mir nichts  
493 zum Essen. Und dann hat sie gesagt, wieso ich das mit mir machen lasse. Ja (...) Und  
494 was war dann? Da war was mit dem Auto. Und dann habe ich bissle abgelästert vom  
495 Hubert. Weil was der Hubert macht, das macht er. Wenn er was davon hat. Aber wenn  
496 ich was will, dann ist es ihm zu viel. Das war vor kurzem Thema (...) Dass meine Toch-  
497 ter auch die Frau Krämer angerufen hat und dass da dann Klarheit geschaffen worden  
498 ist. Weil ohne ein klares Gespräch, hätten wir uns in die Wolle/ obwohl wir es gar nicht  
499 so gemeint haben.  
500  
501 I: Und mit der Frau Krämer haben Sie es dann geklärt?  
502  
503 B: Ja. (...)  
504  
505 I: Ja, Frau Schmidt, dann danke ich Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben,  
506 dass Sie meine Fragen schön beantwortet haben (lachen). (...) Ich weiß nicht ob die  
507 Frau Krämer das Ihnen erzählt hat, dass wir nochmal einen Termin haben.

508

509 B: Ja, das hat Sie gesagt.

510

511 I: Genau, es sind nämlich zwei Termine. Und zwar läuft das so ab, ich werde mir jetzt  
512 die Zeit nehmen und das Interview auswerten. Also ich höre es mir an, schreibe es  
513 nieder, mache mir Gedanken, überlege nochmal, was Sie so gesagt haben. Und dann  
514 werde ich die wichtigsten Aussagen von Ihnen auf verschiedene Kärtchen schreiben.  
515 Die bringe ich das nächste Mal mit und dann, am besten machen wir hier den ganzen  
516 Tisch frei, legen sie hin und tun dann die ganzen Sachen so ein bisschen ordnen. Also  
517 zum Beispiel, dass Sie gesagt haben, Nachteile, es war zum Beispiel mit der Woh-  
518 nungssuche schwer, oder das oder das, oder die Therapeutin war blöd oder die Fami-  
519 lie sagt manchmal, ich bin faul. Das waren Nachteile. Vorteile, ich hab Betreuer, das tut  
520 mir gut. Dann tun wir einfach versuchen, so Dinge zueinander in Beziehung zu setzen.  
521 Das will ich mit Ihnen zusammen machen. Am besten nächste Woche, dann ist es  
522 noch ein bisschen im Gedächtnis. Wie sieht denn nächste Woche Ihr Terminkalender  
523 aus?

524

525 - Aufnahmegerät ausgeschalten.

## 12.5.2 Transkript Interview Herr Maier

1 I: Okay, dann würde ich sagen, ganz zu Beginn erzählen Sie mir einfach mal etwas  
2 über sich: was sind Ihre Hobbies, was machen Sie so, was ist so ein typischer Tages-  
3 ablauf bei Ihnen?

4  
5 B: Ok, also so ein bisschen Hintergrund, ich habe ziemlich lange für mein Physikstudi-  
6 um gebraucht. Danach habe ich dann in Teilzeit an der Uni gearbeitet und 2012/2013  
7 bin ich dann an einer Psychose erkrankt, mit der Diagnose Schizophrenie. 2014 war  
8 ich dann nochmals im Krankenhaus wegen einem Medikamentenwechsel, der dann  
9 auch erfolgreich gewesen ist, aber das Problem, das ich seitdem habe, ist das große  
10 Schlafbedürfnis. (...) Und jetzt einen Sprung: Hobbies, also ich spiele Volleyball. An-  
11 sonsten mache ich eigentlich kein Sport. Bis vor ein paar Wochen habe ich noch so  
12 Rückentraining gemacht, für meinen Rücken, weil ich starke Rückenschmerzen hatte.  
13 Die sind jetzt zum Glück so gut wie verschwunden. (...)

14 Typischer Tagesablauf: Ich gehe also so vielleicht wie andere Leute auch schlafen,  
15 aber durch das viele Schlafbedürfnis wird es dann ziemlich spät, wenn ich aufstehe -  
16 da will ich gar nicht sagen, wie viel Uhr dann (lachen). (...) Dann erledige ich halt was  
17 so anfällt, irgendwelche Unterlagen oder behördliche Sachen oder so erledigen (...)   
18 lesen, also verschiedene Sachen, auch mathematische oder physikalische Bücher,  
19 oder auch Romane oder sowas. (...) Ja, und dann in meiner Freizeit in Führungsstri-  
20 chen, ich habe ja eigentlich viel Freizeit, spiele ich ab und zu auch noch ein Strategie-  
21 spiel. Dann am PC tu ich Daten aufräumen (...) ich habe auch einen neuen Laptop, da  
22 sollen die Daten letztendlich dann draufkommen, nachdem sie ordentlich aufgeräumt  
23 sind. (...)

24 Ja, die Psychose, die ich dann 2012/2013 bekommen habe, also an der ich erkrankt  
25 bin, das war die dritte Psychose. Die zweite, die hatte ich 2005/2006, die erste war  
26 1998. Also jeweils immer ungefähr sieben Jahre dazwischen. (...) Ja, und ich habe  
27 dann lange Zeit Medikamente einnehmen müssen. Nach der ersten Erkrankung habe  
28 ich ein halbes Jahr die Medikamente genommen. Und in Absprache mit der Ärztin ha-  
29 be ich es dann abgesetzt. Und dann ging es auch sieben Jahre, oder fünf, sechs, sie-  
30 ben Jahre lang gut, bis ich dann halt wieder krank geworden bin. Und danach habe ich  
31 dann Jahre lang, also fünf Jahre vielleicht, Medikamente genommen und bin dann auf  
32 die Idee gekommen, weil ein Freund von mir das auch gemacht hat, die ausschleichen  
33 zu wollen, habe ich dann auch durchgeführt mit dem Arzt zusammen und dann hat sich  
34 eben wieder eine Psychose eingestellt, die hat sich so allmählich eingeschlichen ir-  
35 gendwie, ohne dass ich es richtig gemerkt habe. Also ohne dass ich realisiert habe,  
36 dass es wirklich schizophren war, also mit Halluzinationen verbunden. Also massiven  
37 Halluzinationen, so 50/50: Also 50% normales Erleben vielleicht und 50% dieses schi-  
38 zophrene, halluzinative Erleben.

39  
40 I: Und wann wurde die Diagnose so offiziell gestellt? War das gleich nach der ersten  
41 Psychose?

42  
43 B: Nein, die Psychosen waren alle irgendwie anders, die hatten alle eine andere Ei-  
44 genart. Also nach der ersten Psychose war glaube ich so von wegen Schizophrenie  
45 oder so etwas noch nicht richtig im Gespräch. Nach der zweiten Psychose hieß es  
46 dann von einem Arzt, bei dem ich damals war, dass es eine Psychose sein könnte, mit  
47 Verdacht auf Schizophrenie, kurz gesagt. Und 2012/2013 hat sich das dann richtig  
48 ausgewachsen und war dann richtig dominant, mit Halluzinationen. Also seit dem ist es  
49 auch ganz fest, diese Diagnose Schizophrenie.

50  
51 I: Und sind Sie damals von selbst zum Arzt?

52  
53 B: Nein, damals hat meine Schwester durch eine Notlüge dafür gesorgt, dass ich ins  
54 Krankenhaus gekommen bin. Da bin ich dann mit der Polizei ins Krankenhaus ge-  
55 bracht worden. Und da bin ich dann 2013 vier Monate geblieben und bin dann entlas-

sen worden mit einer Medikation. Und 2014 nach dem Urlaub musste ich dann nochmals ins Krankenhaus, weil ich nicht mehr weitermachen konnte. Ich brauchte so ein Mittel, mit dem wollte mich mein Arzt nicht mehr unterstützen. Und, dann musste ich ins Krankenhaus und bin dann auf das jetzige Hauptmedikament eingestellt worden und das ist im Prinzip auch sehr gut. Also ich habe keine Halluzinationen mehr, oder so gut wie gar keine mehr, also höchstens ein Prozent vielleicht, sage ich jetzt mal. Wenn es überhaupt Halluzinationen sind - so ganz ausschließen kann ich das nicht. Und (...) jetzt habe ich ein bisschen den Faden verloren (...) Also ein Prozent, und (...) die starken Nebenwirkungen sind das große Schlafbedürfnis. Und da muss irgendetwas geändert werden. Deswegen spiele ich auch mit dem Gedanken oder überlege ernsthaft, wieder ins Krankenhaus zu gehen und dort eine Reduktion durchführen zu lassen, aber diesesmal in einem anderen Krankenhaus, nicht da, wo ich schon gewesen bin, in Musterort, ja.

I: Sondern in Musterdorf?

B: Genau, ja.

I: Und wie ist Ihre Familie mit Ihrer Krankheitsgeschichte umgegangen?

B: Ah, das erste Mal, als es 1998 das erste Mal aufgetreten ist, da war es total der Schock, besonders für meine Mutter. Die dachten dann auch, sie haben mich verloren und ich komm nicht mehr zurück aus dem Wahnsinn - in Anführungsstrichen - oder aus der Krankheit. Und dann das nächste Mal, 2005/2006 sind sie dann schon anders damit umgegangen. Da hatten sie das erste Mal schon hinter sich, sage ich jetzt einmal. Und sie haben eigentlich immer zu mir gestanden in irgendeiner Weise. Als sich jetzt 2012 wieder die dritte Psychose angebahnt hatte, haben sie schon versucht mich zu überreden ins Krankenhaus zu gehen, weil sie gemerkt haben, dass da etwas nicht stimmt.

I: Und haben Sie Erfahrungen gemacht, wenn Sie die Diagnose irgendwelchen Menschen sagen/ Was sind so typische Reaktionen?

B: Also erstens tue ich bloß vertrauten Menschen darüber etwas erzählen und ansonsten verheimliche es oder erzähle es nicht, weil es die Menschen nichts angeht und weil es mich dann eben stigmatisieren würde. Und dem ganzen gehe ich aus dem Weg, dass ich es eben nicht jedem erzähle, dass ist auch ein ganz normales Verhalten, denke ich, dass man das geheim hält oder nicht publik macht, sondern bloß den Leuten erzählt, WENN überhaupt, die einem nahe stehen, also Freunden, Familie.

I: Und was haben Sie da für Reaktionen erlebt? Eher positiv, eher negativ?

B: EINMAL eine ganz negative Geschichte: das war nach dem ersten Mal, da habe ich einem Freund was erzählt, das war ein Jugendfreund, mit dem war ich viele Jahre in der Jugend befreundet, dem hab ich etwas erzählt und DER hat das dann prompt einem anderen entfernten Freund erzählt und der hat sich dann über mich lustig gemacht und da war dann so eine Art von Spott dabei oder so. Das war eigentlich EIN Punkt, wo ich denke, das war wirklich schlecht oder das war wirklich unangenehm. In den anderen Fällen sind die Leute, also die mir vertraut sind, eigentlich eher verständnisvoll. Und auch bei anderen Leuten, wo ich den Eindruck habe, ich KANN es ihnen erzählen, da wird mir eher Verständnis entgegen gebracht. (...) Und es ist auch irgendwie so, in der heutigen Zeit wird es irgendwie in Anführungsstrichen normaler, so eine Krankheit gehabt zu haben und damit weiterleben zu müssen, weil ich bin ja nicht der einzige, dem so etwas passiert. Es gibt in meinem Fall vielleicht ein Prozent der Bevölkerung, die etwas ähnliches oder gleiches haben, und dann gibt es noch andere kleine Prozentzahlen mit anderen Erkrankungen, Depressionen zum Beispiel, oder ich weiß nicht was. (...)

113  
114 I: Kennen Sie andere Menschen, die auch Schizophrenie haben? Und hat sich Ihr  
115 Denken verändert über Menschen? Also kannten Sie früher schon welche?  
116  
117 B: Eigentlich erst durch die Erkrankung. Davor kannte ich solche Leute nicht. Ich bin  
118 dann auch 2010 das erste Mal da unten in die Tagesstätte gegangen und da sind dann  
119 viele Leute, die irgendeine Art von psychischer Erkrankung gehabt haben und auch  
120 Schizophrenie/ Also ich habe eine relativ gute Freundin, bei der ist es mehr oder weni-  
121 ger dauernd akut. Also sie nimmt aber zur Zeit glaube ich auch keine Medikamente ein.  
122 Und ich merke halt, wenn ich dann sie betrachte und jetzt mich betrachte, wo ich (...)   
123 gerade nicht akut krank bin, bemerke ich die Symptome bei ihr ganz deutlich (...) Also  
124 das ist jetzt so ein Beispiel. Da gibt es vielleicht noch andere Beispiele/ Das ist halt  
125 was, auch im Krankenhaus selber, was eher so beunruhigt oder deprimiert, so etwas  
126 mit ansehen zu müssen oder erleben zu müssen. So jetzt in meiner Situation wo ich  
127 jetzt nicht akut krank bin. Das ist dann auch im Krankenhaus, in Musterort, ist es auch  
128 so, als ich da im Krankenhaus war und am Wochenende raus durfte und Sonntag-  
129 abend wieder zurückgekommen bin, hat mich das gleich sofort ganz runtergezogen,  
130 also die ganze Atmosphäre mit diesen vielen kranken Leuten, auf einer geschlossenen  
131 Station zum Beispiel. Also SEHR deprimierend. Wenn so viele Leute auf einem Haufen,  
132 die irgendwie krank sind, MASSIV krank sind (...)  
133  
134 B: Was ich mir sowieso schon dachte, als ich das gelesen habe mit der Stigmatisie-  
135 rung, ist, ich habe jetzt nicht das Gefühl, dass ich TOTAL ausgegrenzt werde oder ab-  
136 gestempelt werde, auch weil ich den Leuten nicht alles erzähle oder nicht jedem alles  
137 erzähle. Und ich könnte mir vorstellen, wenn ich bei einem Vorstellungsgespräch oder  
138 bei anderen Gelegenheiten in der Richtung, wenn es um Bewerbung geht oder so,  
139 wenn ich da etwas erzählen würde, DANN würde diese Stigmatisierung auf alle Fälle  
140 zugreifen. Also dann wäre ich jemand, der wahrscheinlich nicht verlässlich genug ist in  
141 irgendeiner Weise, so könnte man das annehmen. Und das kann man dann als Arbeit-  
142 geber sozusagen nicht gebrauchen.  
143  
144 I: Haben Sie das schon einmal konkret erlebt?  
145  
146 B: Nein, so direkt eigentlich nicht, eben weil ich es keinem erzählt habe.  
147  
148 I: Das heißt, gerade wenn es um Praktikum oder Beruf geht, da würden Sie sagen, tun  
149 Sie es bewusst verheimlichen um dem zu entgehen?  
150  
151 B: Ich muss da schon irgendetwas dazu sagen. In der Klinik gibt es einen Patientenfür-  
152 sprecher, der ist ehemaliger Richter oder so. Und der sagt, man darf nicht alles ver-  
153 heimlichen. Man muss schon irgendetwas mitteilen, sage ich jetzt mal, um nicht hinter-  
154 her, wenn so etwas rauskommen sollte, dann einfach quasi fristlos gekündigt zu wer-  
155 den oder irgendso etwas in die Richtung.  
156  
157 I: Wissen Sie noch, was haben Sie dann immer gesagt?  
158  
159 B: Also, ich habe einfach so einen Allgemeinplatz verwendet, also von wegen, dass ich  
160 eine Erkrankung gehabt habe, eine psychische Erkrankung, dass ich im Krankenhaus  
161 war, auch wegen der Medikamentenumstellung, und dass ich jetzt eine Reha mache  
162 und dass ich da auf der Suche nach einem Praktikumsplatz bin. Also ich habe keine  
163 Details von wegen Schizophrenie angegeben, oder Psychose. Wenn das jemand im  
164 Internet googelt, dann wird er Sachen entdecken, die abschreckend wirken, SEHR  
165 abschreckend wahrscheinlich.  
166  
167 I: Das passt vielleicht auch zu einer Frage, in der es um Vorurteile geht. Was glauben  
168 Sie, was gibt es so für Vorurteile in der Gesellschaft über die Krankheit Schizophrenie?  
169

B: Naja, irgendwie krank in Anführungsstrichen, verrückt, oder mit Tendenz zum Verrücktsein (...) vielleicht nicht zuverlässig genug, da kann man nicht alles aus dem rausholen, was man gerne rausholen möchte, an Überstunden oder sonstigen Sachen (...) Ansonsten muss ich sagen, dass ich mir da jetzt nicht solche Gedanken mache, zumindest nicht wissenschaftliche Gedanken, sondern ich lebe damit und ich versuche damit so gut wie möglich umzugehen. Aber jetzt eigentlich nicht mit dem Ziel mir alles genau im Detail so zu erklären. Das sind eher so Gedanken, die schonmal da waren vielleicht oder die sich jetzt irgendwie anbieten (...)

I: Können Sie sich erklären, woher solche Vorurteile kommen?

B: (Lange Pause) Naja, wenn man dann zum Beispiel vielleicht im Fernsehen irgendwelche verrückten Leute sieht, die durchgedreht sind, oder im Kino oder so, dann hat man so ein Bild davon und das wirkt dann genau so wie ich, damals, wenn ich am Sonntagabend in die Klinik zurückgekommen bin, das wirkt dann eher so eben nicht positiv oder erfreulich, sondern ABSCHRECKEND und vielleicht deprimierend. Weil KEINER so etwas erleben möchte eigentlich (...) Also die Leute wollen selber gesund sein, und nicht verrückt sein oder verrückt werden. (...) Jetzt komme ich mir fast vor, wie in einer mündlichen Prüfung (lachen).

I: (lachen) Sie bestehen, das wissen wir jetzt im Vorfeld schon. (...)

I: Ich schaue mal, was ich hier noch habe (...) Sie haben ja jetzt schon ein paar Vorurteile genannt. Gibt es Vorurteile, wo Sie von vornherein gleich sagen würden: „Die stimmen auf KEINEN Fall“ und Vorurteile wo Sie sagen würden: „Ja, die treffen manchmal zu“?

B: (lange Pause) Ja, ich würde eher von der anderen Seite kommen (...) Also was relativ sicher zutrifft, ist, bei Leuten, die die gleiche Erkrankung haben wie ich, oder bei mir, ist, dass da eine größere Empfindlichkeit oder eine weniger starke Belastungsfähigkeit da ist, wie bei einem normalen Arbeitnehmer, sage ich jetzt einmal, oder bei einem Menschen, der halt eben normal lebt und arbeitet, ohne so eine Erkrankung. Also da ist so, die nennen das dann in der Fachsprache Vulnerabilität, also Verletzlichkeit/ und dann eben auch was meine eigenen Erfahrungen nach in den Praktikas und in der Reha, die ich zuletzt gemacht habe, eben eine weniger große Belastungsfähigkeit, also keine acht Stunden oder mit Überstunden neun oder zehn Stunden, sondern 50%, vielleicht ein bisschen mehr (...) wenn es gut geht. Also da ging es gut, zuletzt bei den Praktikas die ich gemacht habe innerhalb von der Reha. Da waren es bei der einen Stelle vier Stunden und dann bei der anderen Stelle so fünf Stunden plus eine halbe Stunde Pause, so ungefähr, mal weniger mal mehr, aber nur kurzzeitig, und dann auch mal weniger, vier Stunden oder viereinhalb oder so, aber im Schnitt fünf Stunden plus eine halbe Stunde Pause. (...)

B: Und jetzt, was auf gar keinen Fall stimmt, was mir auch auffällt, ist teilweise in der Zeitung liest man manchmal so verrückte Geschichten, dass halt irgendeiner im Bus gefahren ist und dann Mitreisenden umgebracht hat, obwohl er gar kein Verhältnis zu ihm hatte, also es war ein fremder Mensch für ihn, und der war wohl irgendwie in einer Psychose drin und da kann sich alles mögliche abspielen (...) da kann man Teufeln oder Dämonen oder Engeln begegnen, also zumindest soweit man das selber so sieht. Ob es dann wirklich so ist, ist eine andere Frage. Und, bei dem hat es vielleicht keiner gemerkt, die Geschichte mit dem Reisebus, und der hat dann jemanden umgebracht aus IRGEND EINEM Grund, aus irgendeinem Wahn heraus hat der dann tatsächlich jemanden anders/ ist dann quasi Fremdgefährdung mit Unfall.

I: Wäre das quasi so das Vorurteil gefährlich und unberechenbar?

B: Das ist auch möglich und denkbar, schon. Aber, ich glaube in den häufigsten Fällen

227 - ich weiß gar nicht, ob es da eine Statistik gibt/ ich habe da mal was gelesen, aber ich  
228 weiß es nicht mehr genau, das halt psychisch kranke Menschen oder Leute, die Psy-  
229 chosen oder Schizophrenie haben oder gehabt haben, dass die nicht unbedingt ge-  
230 fährlicher sind, wie der Rest der Bevölkerung. Das weiß ich jetzt allerdings nicht ganz  
231 genau, da müsste man mal nachschauen im Internet, in irgendeiner Statistiksammlung  
232 oder so. (...) So etwas gibt es vielleicht, ich weiß nicht (...)

233

234 B: Aber, da ist es jetzt nicht wie bei jemand anders, es ist keine Ehrenmord-Geschichte  
235 oder aus dem Affekt heraus, oder aus dem Zorn oder Wut heraus oder so - und dann  
236 auch verständlich, weil man gekränkt worden ist - sondern plötzlich wie aus heiterem  
237 Himmel schlägt plötzlich der Blitz ein und dann ist der Nachbar tot, weil er umgebracht  
238 ist, weil vielleicht irgendeine Stimme gesagt hat „Bring ihn um“ oder irgend sowas. (...)   
239 Und wenn man sich da dann drauf einlässt oder es nicht unterscheiden kann von ei-  
240 nem normalen Erleben, dann macht man das vielleicht und dann (...) / kommt dann so  
241 eine verrückte Geschichte zustande, die dann nachher auch in der Zeitung für jeden  
242 lesbar ist. (...)

243

244 I: Ich habe noch einen großen Block: das Thema Stigmatisierung. Wir haben es jetzt  
245 schon ein paar Mal angeschnitten. Was verbinden Sie persönlich mit dem Wort Stig-  
246 matisierung?

247

248 B: Ja, also ich übersetze es so: „abgestempelt sein“ oder „gebranntmarkt sein“. Also  
249 wie jemand der vielleicht im Mittelalter ein Verbrechen begangen hat oder etwas ge-  
250 klaut hat und dann an den Pranger gekommen ist, wo ihn alle sehen konnten und ihn  
251 verspotten konnten, so in der Art (...) Also das ist ein Bild für Stigmatisierung. (...) O-  
252 der auch, wenn einer vielleicht im arabischen Raum etwas stiehlt, kann es ihm viel-  
253 leicht passieren, dass ihm die Hand abgehauen wird. Oder auch bei Leuten, die ins  
254 Gefängnis gekommen sind, aus irgendeinem Grund, wenn die dann entlassen werden  
255 und dann sagen müssen „Wo waren Sie in den letzten drei Jahren? Was haben Sie da  
256 gemacht?“ Und wenn er das dann wahrheitsgemäß beantwortet, dann ist die Wahr-  
257 scheinlichkeit groß, dass ein großer Teil, der Leute, bei denen er sich bewirbt, ihn nicht  
258 nimmt. (...) Das ist auch Stigmatisierung. Und dann vielleicht auch wieder bei diesen  
259 Geschichten von Verrückten, wo halt sowas passiert, irgendwie, selten, wo jemand im  
260 Wahn oder Verrücktsein jemanden umgebracht hat oder verletzt hat oder sich selber  
261 verletzt hat/ das wirft dann wieder ein Licht auf die anderen, auf die Vielzahl von Er-  
262 kranken, die aber so etwas nicht machen. (...)

263

264 I: Und haben Sie konkret Nachteile erlebt aufgrund Ihrer Erkrankung?

265

266 B: (lange Pause) Hmm (...) Naja, Nachteile in sofern, ein konkretes Beispiel fällt mir  
267 gar nicht ein. Aber Nachteile in so fern, dass ich nicht voll belastungsfähig bin und ir-  
268 gendwie krank bin und nicht/ Es gibt glaube so ein gesellschaftliches Idealbild, wie  
269 man sein Leben verbringen möchte, was man LEISTEN möchte, was man BEKOM-  
270 MEN möchte und so weiter, so Beruf und Karriere machen, Familie und Haus und so  
271 weiter, und da steht mir meine Krankheit im Weg. (...) Das passt jetzt nicht ganz so zu  
272 Stigmatisierung, aber so spontan fällt mir gar nicht so ein richtig gravierendes Beispiel  
273 ein, wo ich eine Stigmatisierung erfahren habe (...) Vielleicht ist es auch so, wenn mir  
274 sowas passiert wäre, dass derjenige das auch für sich geheimgehalten hat sozusagen,  
275 dass er nicht gesagt hat, „aus dem und dem Grund wollen wir Sie nicht weiter als Prak-  
276 tikanten haben“, sondern der das auch eher für sich behalten hat ohne da jetzt dann  
277 die Tür aufzumachen und zu sagen „Sie haben DIE Erkrankung, tut mir leid.“

278

279 I: Als Begründung quasi?

280

281 B: Genau, aber dann verschwiegen.

282

283 I: Würden Sie sagen, soziale Teilhabe an der Gesellschaft, gibt es da Nachteile?

284  
285 B: Auf alle Fälle. Also diese Krankheit ist so etwas wie eine Kette am Bein mit einer  
286 Kugel dran. Also, das ist auf alle Fälle ein großer Nachteil. Also da möchte ich hin  
287 (zeigt ans andere Ende des Raumes), da ist dieses Idealbild, das möchte ich erreichen  
288 und ich sitze hier mit einer Kugel am Bein und komme da nicht hin. (...) und muss mich  
289 vielleicht von Träumen, die ich hatte, verabschieden. Traumberuf oder so, hab ich zwar  
290 immer noch, dass ich einen Traum habe, was ich gerne machen würde, in ferner Zeit,  
291 irgendwann, und eine Familie hätte ich eigentlich auch gerne gehabt, aber inzwischen,  
292 in den letzten Wochen und Monaten, oder Monaten (...) ja, Monaten, komme ich da  
293 auch manchmal zu dem Gedanken, dass das eventuell nicht geht, weil ich nicht belas-  
294 tungsfähig genug bin DURCH diese Erkrankung. Ich muss Medikamente nehmen, die  
295 sorgen dafür, dass ich viel Schlaf brauche, dann bleibt mir wenig Zeit am Tag übrig  
296 und ich bin nicht so/ also ich bin teilweise einfach/ Also ich bin nicht SO belastungsfä-  
297 hig wie jemand der die Erkrankung nicht hat. Und dann sehe ich halt in meinem Freun-  
298 deskreis, da läuft das glatt, oder überwiegend, bei den meisten läuft das irgendwie glatt  
299 und rund und das ist irgendwie/ (...) ja, also ich gönne es ihnen eigentlich schon, aber  
300 ich hätte es auch gerne (schmunzeln) (...)  
301  
302 I: Haben Sie Momente, in denen Sie selbst dann negativ über sich und die Krankheit  
303 denken oder fühlen?  
304  
305 B: Ja, bis vor ein paar Wochen/ ich nehme seit einiger Zeit ein neues Medikament und  
306 ein paar Wochen davor war es so, da saß ich manchmal auf der Terrasse, oder nein,  
307 es ist ein Balkon, und habe da geraucht und dachte mir dann, ich bin krank, einsam  
308 (...) krank, einsam und nochwas (...) also da war ich einfach deprimiert und bin dann  
309 zu drei Wörtern gekommen: krank, einsam und nochmal was, das fällt mir gerade nicht  
310 mehr ein. (...) Aber das hat sich dann wieder irgendwie relativiert. Ich habe dann auch  
311 anderen Leuten von meiner Familie und meinen Freunden das dann so erzählt und bin  
312 dann eher so wie in den Arm genommen worden oder beziehungsweise wie so AN-  
313 GENOMMEN worden und (...) das ist dann eigentlich auch verschwunden. Vielleicht  
314 auch durch das neue Medikament oder auch, dass ich mich da geöffnet habe und  
315 dann gesehen habe, dass ich eigentlich gar nicht einsam bin. Ich habe genügend  
316 Freunde und Verwandte und so.  
317  
318 I: Und hatten Sie auch schon Momente, wo Sie gemerkt haben, dass Sie diese Vorur-  
319 teile, die es in der Gesellschaft gibt, dass Sie die annehmen und bejahen? (...) Also  
320 dieses Vorurteil/ vorhin haben Sie ja zum Beispiel genannt verrückt, oder nicht belast-  
321 bar.  
322  
323 B: Was heißt Vorurteile? Ich glaube, da ist auch etwas Wahres mit dabei. Also jetzt  
324 gerade bei diesem Verrücktsein, das muss nicht unbedingt ein Vorurteil sein. Das  
325 KANN eben auch zutreffen. Also es GIBT so etwas und (...) wenn man das dann auf  
326 eine Person anwendet, dann/ Also bei mir hat das auch in gewisser Weise zugehtroffen.  
327 Es ist jetzt nicht so, dass ich auf Dauer meinen Verstand verloren hätte, aber ich habe  
328 eben so Phasen gehabt, wo ich WIRKLICH ein Erleben hatte, das nicht wirklich real  
329 war. Oder wo auf alle Fälle eine Komponente oder ein großer Anteil nicht real war. Ob  
330 da jetzt noch etwas Wahres dabei gewesen ist, das weiß ich nicht. (...) Also in so fern  
331 muss ich da auch irgendwie ein Zugeständnis machen, dass ich eben sowas erlebt  
332 habe, so ein Verrücktsein, oder halt bei mir, ich würde eher sagen wahnhaftes Sachen.  
333 Weil Verrücktsein, also da stelle ich mir nochmal etwas anderes drunter vor. Verrückt-  
334 sein sein wie wenn man den Verstand verloren hat. Also dann geht gar nichts mehr.  
335 Also früher, als ich vor 15 Jahren an der Uni war und dann in der Bibliothek war, dann  
336 ist da draußen so ein Kerl rumgelaufen und der hat dann irgendwelches Zeug gerufen  
337 und gesprochen und so weiter und da hat man ganz deutlich gemerkt, der ist wirklich  
338 durchgedreht. Also das war einfach/ Das war noch etwas anderes wie dieses wahnhaf-  
339 te Erleben, sondern das war wirklich wie jemand der den Verstand verloren hat. Der  
340 hatte so eine Tasche, war vielleicht auch Student, hat/ es gab bei mir auch einmal eine



Phase als ich mich auf eine Prüfung vorbereitet habe/ an einem Tag, an einem Sonntag war das glaube ich, da habe ich es nur weiter erhöht, mein Pensum, mein Tagespensum, wie viel ich halt gelernt habe/ (...) Und an einem Tag war es dann so, da bin ich an eine Grenze gekommen, wo ich dachte, wenn ich JETZT weitermache, dann verliere ich den Verstand, dann brennt irgendeine Sicherung durch. Und ich glaube, das wäre auch nochmal etwas gravierend anderes wie so eine Psychose mit Wahnerleben. Also das war bei mir bisher immer irgendwie reversibel, oder irgendwie wieder zu kitten oder (...) da war einfach wieder die Möglichkeit da, wieder einigermaßen normal zu werden und in dem Fall kann es sein, dass wenn man wirklich den Verstand verliert, dass da nichts mehr zu machen ist. Das da keine Möglichkeit ist zurückzukommen. (...)

I: Und wie würden Sie Ihren jetzigen Umgang mit Ihrer Krankheit beschreiben?

B: Irgendwie pragmatisch. Also ich habe bis vor ein paar Wochen noch starke Rückenschmerzen gehabt und das war ein großes Hindernis für Bewerbungen, dachte ich mir halt, wenn ich mich da bewerbe und dann sagen muss, ich kann gerade gar nicht, ich habe noch Rückenschmerzen, ich brauche noch so und so viel Zeit. Aber die Rückenschmerzen sind jetzt vorüber, oder so gut wie weg. Das Problem, das ich jetzt noch habe, dass ich in dem Medikamentenwechsel bin und ich/ die Nebenwirkungen für mich zu groß sind, das Schlafbedürfnis ist zu groß für mich. Und DAS würde ich gerne reduziert haben, wenn das möglich ist. Und (...) das beeinträchtigt auch meinen Alltag irgendwie. Da muss ich aufpassen mit meinem Schlaf, dass, wenn ich da/ mit den Medikamenten muss ich ein bisschen experimentieren und herausfinden wie die beste Einstellung ist, wann ich am besten die Medikamente nehme. Dann kann es aber passieren, oder ist es schon passiert, dass ich tagsüber dann bis zu zwei drei Tiefs hatte, wo ich mich hinlegen musste, weil meine Nerven nicht mehr mitgespielt haben oder ich irgendwie so einen Anfall von Erschöpftsein hatte oder so etwas. (...) Das ist allerdings auch besser geworden. Je mehr ich damit herum experimentiert habe, habe ich jetzt was herausgefunden, wie es besser geht, wie am Anfang. (...) Manchmal weiß ich gar nicht, wenn Sie die Fragen stellen, ob ich da jetzt richtig darauf geantwortet habe.

I: Es gibt kein richtig und falsch (lachen).

B: Aber irgendwie so ein sinngemäßes Antworten gibt es ja schon. Also ich meine, ich muss irgendwie das Thema treffen.

B2: Das ist Ihre Sicht darauf. Da gibt es kein falsch. Also wenn Sie jetzt über Ihr Auto erzählen würden, dann wäre es vielleicht falsch. Aber so, das ist sehr sehr gut, sehr authentisch.

I: Ja, und sehr reflektiert.

B: Okay, also ich meine, ich habe auch viel durchgemacht. Das waren wirklich harte Geschichten. Also zum teils extreme Geschichten. Ich hätte eigentlich gerne einmal die Gelegenheit, vielleicht habe ich jetzt einen Arzt gefunden mit dem ich das machen kann, wo ich einmal den Inhalt von diesen Erkrankungen irgendwie besprechen kann oder versuchen kann zu erklären, mit Hilfe des Arztes. Weil normalerweise ist es üblich, einfach nur die Medikation optimal einzustellen, soweit das möglich ist, mit Try and Error, und dann zu schauen was passiert, oder was passt und was passt nicht, und dann probiert man das nächste Medikament aus. Und das ist irgendwie ein bisschen ZU wenig, weil diese Krankheitsgeschichte mit diesen Halluzinationen, das ist für mich wie so Tagträume, aber 10mal, 100mal intensiver wie ein Tagtraum den man haben kann. Oder es ist wie so ein Träumen, das man nachts hat, das GLEICHZEITIG am Tag auch da ist und das man für wahr hält. (...)

I: Vielleicht noch eine Frage zu Ihrem Umfeld. Wie würden Sie Ihr Umfeld beschrei-

398 ben? Also Sie haben eine Familie/  
399  
400 B: Bin Single.  
401  
402 I: Sind im betreuten Wohnen. Freundschaften? Haben Sie einen Kumpel mit dem Sie  
403 sich öfters treffen?  
404  
405 B: Ja ja, schon. Also ein Kumpel, mit dem habe ich mich häufig in den letzten zwei  
406 Jahren getroffen und jetzt habe ich noch (...) Kumpelin sagt man nicht (...)  
407  
408 I: Kumpeline?  
409  
410 B: Ja, die ist sozusagen in den letzten Wochen dazugekommen, oder in den letzten  
411 wenigen Monaten (...) und ansonsten habe ich schon auch weitere Freunde, aber die  
412 sehe ich meistens gar nicht so häufig, also nicht so oft, also nicht einmal die Woche  
413 oder so, sondern vielleicht einmal im Monat oder einmal im halben Jahr.  
414  
415 I: Aber Sie würden schon sagen, Sie haben so ein Beziehungsumfeld (...) das passt  
416 für Sie?  
417  
418 B: Ja, das ist gut.  
419  
420 I: Gut (...) Ich schaue mal nochmal über mein Blatt, ob ich etwas Wichtiges vergessen  
421 habe (...)  
422  
423 B: Ich habe auch schon mir Bücher besorgt über Geschichten von Psychosen, wo Leu-  
424 te ihre Geschichte irgendwie erzählt haben. Da sind ganz interessante Sachen dabei  
425 gewesen.  
426  
427 I: Finden Sie sich da in manchem wieder oder ist das richtig individuell?  
428  
429 B: Nein, nein, da sind irgendwie schon auch gemeinsame Sachen da. Also so eine  
430 Geschichte heißt „Die Schattenseite des Mondes“ glaube ich, da hat sich eine Frau,  
431 die auch eine Schizophrenie oder Psychose hatte, glaube nicht nur einmal, die hat mit  
432 einer Schriftstellerin ihr Buch erstellt. Und die erzählt da, was sie so erlebt hat, wie sie  
433 in der Krankheit draufgewesen ist. Und das kann ich gut nachvollziehen. Also gerade  
434 dieses Traumerleben, das man auch für wahr hält (...) das halt nicht normal ist, oder  
435 das irgendwie krank ist. (...) Ich war letzte Woche bei dem Arzt und DER hat nicht von  
436 vornherein gesagt, das sei alles bloß Humbug was ich erlebt habe, sondern da können  
437 auch wahre Aspekte dringewesen sein. Aber unterscheiden kann ich das im Prinzip  
438 nicht wirklich (...) oder nur ansatzweise (...)  
439  
440 I: Okay, Herr Maier, ich bin mit meinen Fragen soweit durch. Haben Sie noch irgen-  
441 detwas, was Sie sagen wollen, ergänzen wollen? Ist Ihnen noch irgendetwas eingefal-  
442 len oder irgendetwas, was Ihnen zum Thema Stigmatisierung wichtig ist?  
443  
444 B: (...) Also ich dachte eigentlich vor dem Gespräch, dass es so etwas wie Stigmatisie-  
445 rung nicht WIRKLICH gibt in meinem Fall. Aber ich glaube, das gibt es sehr wohl. Also  
446 wenn ich anfangen mich zu bewerben, wenn ich aus dem Krankenhaus zurück bin und  
447 dann vielleicht noch eine Rehamaßnahme machen kann, wenn ich da anfangen würde  
448 mich zu bewerben, gerade bei Bosch oder so, da könnte es durchaus sein, dass ich  
449 da/ also wenn sie meinen Lebenslauf sehen, dass sie dann mir mitteilen „Tut mir leid,  
450 aus den und den Gründen wünschen wir Ihnen weiterhin alles Gute“ oder so, ohne mir  
451 wirklich zu sagen „warum“. Also „warum nicht“? Warum ich da sozusagen rausfalle.  
452 Das ist so mein Verdacht oder meine Vermutung, wie es laufen könnte. Vielleicht wäre  
453 es bei einem Mittelständler mit ab 100 Leuten oder so, vielleicht gäbe es da noch eine  
454 Chance, etwas zu finden und das wird sich eben zeigen, wie es läuft (...) Es steht dann

auch noch ein Plan C oder ein Notplan im Raum, von wegen in die Behindertenwerkstatt zu gehen nach Musterstadt und da dann halt so mechanische Arbeiten zu machen, handwerkliche Arbeiten zu machen, aber auf einem sehr geringen Niveau, also nicht herausfordernd eigentlich (...) da dann mit dem Ziel, vielleicht dann über so ein Praktikum einen Arbeitgeber zu finden, über ein Außenpraktikum. (...)

B2: Da würde ich gerne noch etwas dazu sagen - kann man dann nachher rein nehmen oder auch lassen - da habe ich schon gedacht/ ich war mir jetzt nicht sicher, ob Sie es ansprechen, aber das ist für mich, wenn ich über das Thema Stigmatisierung nachdenke, war so etwas wie Selbststigmatisierung oder so etwas, wenn es so etwas gibt, aber für mich so ein Ding, was ich auch mit Ihnen ein bisschen zusammen bringe, so nach „In der Werkstatt für Behinderte, da will ich nicht landen.“ Das ist dann ganz unten. Also das man selber so eine Bewertung hat von so etwas, was sicherlich auch in weiten Teilen so sein KANN, aber einfach so, um sich selber aufrecht zu halten, „ich will es doch probieren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ und „Das ist mein Ziel“ und wenn ich einmal in der Behindertenwerkstatt bin, das ist etwas ganz/ das gilt es mit allen Mitteln zu vermeiden/

B: Wie die Geschlossene.

B2: Wie die Geschlossene. Oder Plan C. (...) Also aber wenigstens ist es mittlerweile ein Plan, da sind wir ja immer wieder am arbeiten, dass es doch eine Möglichkeit wäre, die Kraft, die ich habe, einzusetzen für die Arbeit, und aber noch etwas übrig zu haben für das Leben. Weil Sie brauchen, das kennen Sie aus den Erfahrungen, ganz viel von Ihrer Kraft, oder fast ALLES für die Arbeit, und haben dann schon erlebt, dass Sie NUR arbeiten und schlafen. Die Kraft irgendwie zu mobilisieren/

B: Am Wochenende habe ich dann wieder Luft. Das ist so ähnlich, wie wenn ich tauche und am Wochenende komme ich dann wieder hoch und kann Luft holen.

B2: Genau, genau. Und das hat für mich schon etwas damit zu tun, so eine Werkstatt, bei allem was da dazu gehört, ist schon auch etwas nicht erstrebenswertes.

B: Stimmt, stimmt.

B2: Was für einen selber, in der Eigenwertschätzung, etwas schwieriges ist.

B: Mir ist noch etwas eingefallen. Wenn das Niveau der Arbeiten höher wäre, dann könnte ich mich damit anfreunden. Also wenn ich da irgendetwas einbringen könnte, von dem was ich gelernt habe, DANN könnte das etwas sein, wo ich auch schneller Ja dazu sagen könnte oder würde. Aber halt, wenn man so Sachen zusammen klebt, und davon dann 100 Stück oder so, und dann Folien auf Pappendeckel draufklebt oder so, das ist halt/ (...)

B2: Weil sich der Mensch schon auch, oder im Besonderen auch Sie, sich über Arbeit definiert und man sicherlich/ Also ich kann mir gut vorstellen, dass das bei mir ähnlich wäre „Jetzt bin ich soweit gelandet, dass ich Schläuche zusammenstecken muss.“ Also etwas was intellektuell wenig anspruchsvoll ist, weil einfach meine Belastbarkeit eingegrenzt ist. (...)

I: Haben Sie sonst noch etwas, Herr Maier?

B: Nein, momentan nicht.

I: Okay, dann bedanke ich mich recht herzlich bei Ihnen für Ihre Offenheit

- Aufnahmegerät ausgeschalten.

## 12.6 Struktur-Lege-Verfahren

### 12.6.1 Struktur-Lege-Regeln

5. **je mehr desto mehr/je weniger desto weniger**  
Verbindung von Ursache und Wirkung (gleichläufige Richtung)
6. **je weniger desto mehr/je mehr desto weniger**  
Verbindung von Ursache und Wirkung (gegenläufige Richtung)
7. **wird neutralisiert durch (soweit möglich)**  
eine Maßnahme die die negative Wirkung einer unerwünschten Nebenfolge soweit wie möglich kompensiert

#### Formalrelationen im Bereich positiver & negativer Wertungen

1. **soll sein**  
positive Wertung; etwas ist gut und als Ziel anzustreben (Kärtchen wird über Begriff gelegt)
2. **soll nicht sein**  
negative Wertung; etwas ist schlecht und wird abgelehnt

#### Formalrelationen im Bereich von Handlungsabläufen und Handlungsalternativen

1. **indem**  
Teilschritt einer Handlung
2. **Ziel erreicht**  
erfolgreicher Abschluss von Handlungen
3. **Letzte Möglichkeit**  
Bewertung einer Handlung als nur akzeptierbar wenn kein andere Mittel zur Verfügung steht

#### Gewichtungen

1. bei **und/oder** Verbindungen hat das am weitesten links liegende Kärtchen die größte Gewichtung
2. bei Intensitäten von **Definitionen** hat das oben liegende Kärtchen die größere Intensität
3. bei Gewichtung im Bereich der **Begründung**, kann das Ausmaß einer Wirkung z.B. von links nach rechts zunehmen

#### Formalrelationen im Bereich Definieren

1. **das ist/das heißt**  
eine Erklärung, was ein bestimmter Begriff bedeutet
2. **und**  
die verbindende Aneinanderreihung von Begriffen und Sätzen
3. **oder**  
verschiedene Möglichkeiten, was ein Begriff bedeuten kann. „oder auch“. Auch ausschließend: „entweder-oder“
4. **damit/um zu**  
das angestrebte Ziel, das mit einer Handlung erreicht werden soll
5. **zum Beispiel/so wie**  
Dinge und Ereignisse die als Beispiel für den gemeinten Begriff angesehen werden
6. **erkennbar an**  
ein Zeichen für etwas, das mit bestimmtem Begriff in Realität gemeint ist
7. **notwendige Voraussetzung**  
Voraussetzungen, die bei der Rede von einer bestimmten Handlung notwendigerweise mit unterstellt werden bzw. die eine andere Person bei dieser Handlung notwendig mit behaupten muss
8. **Oberbegriff/Unterkategorie**  
Unterkategorien zu einem Begriff, der in Bezug auf diese Kategorien einen Oberbegriff darstellt

#### Formalrelationen im Bereich empirischer Abhängigkeiten

1. **führt zu**  
Verbindung von Ursache und Wirkung
2. **führt allerdings auch zu**  
eine Folgewirkung die nicht beabsichtigt und erwünscht war
3. **nur, wenn auch**  
Bedingung, die von Ursache und Wirkung unabhängig ist aber für weiteres vorhanden sein muss
4. **nur, wenn nicht**  
zusätzliche Bedingung, die aber nicht vorliegen darf

**Abb.11:** Struktur-Lege-Regeln in Anlehnung an Scheele, Groeben und Christmann (1992: 152ff) und Christmann und Groeben (1990: 128)

## 12.6.2 Struktur-Lege-Bilder Frau Schmidt



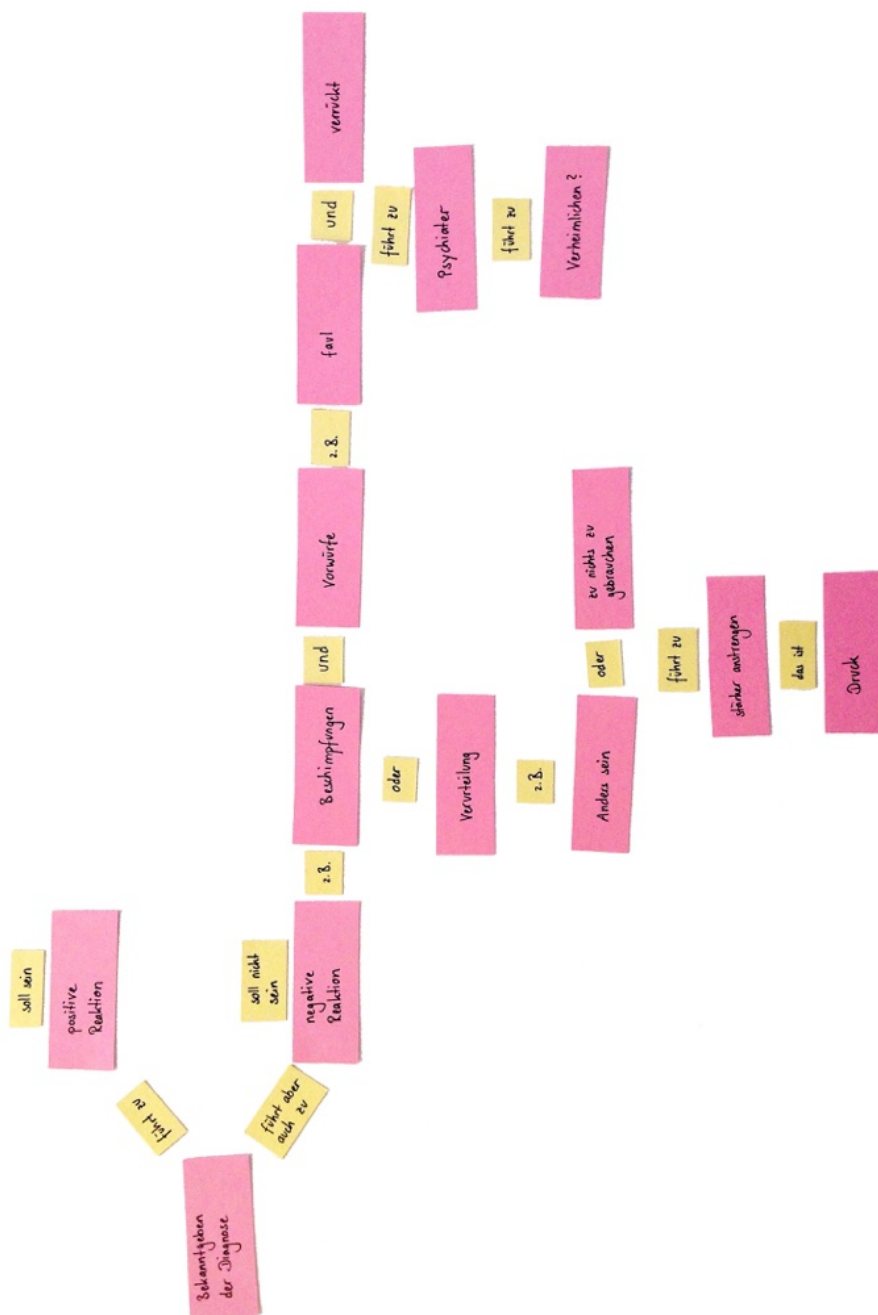
**Abb.12:** SLB Schmidt „Eigenbeschreibung der Krankheit Schizophrenie“



**Abb.13:** SLB Schmidt „Sicht auf die Krankheit früher und heute“

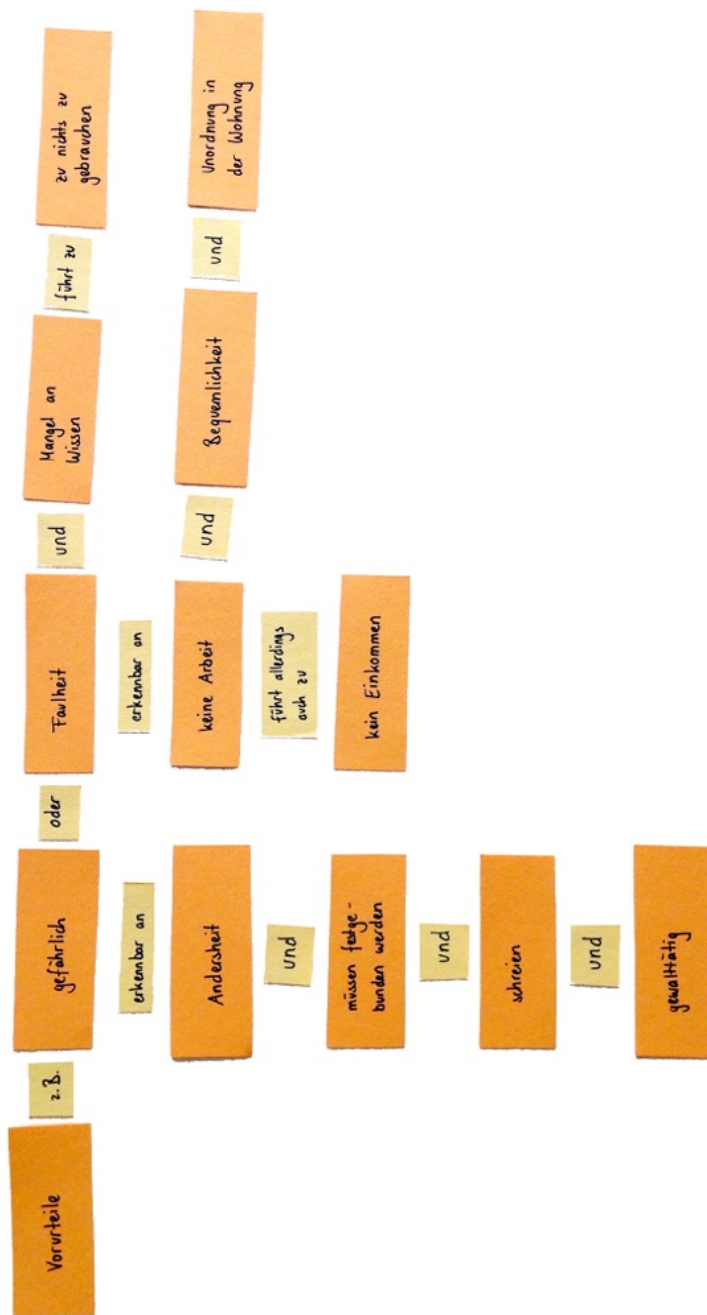


**Abb.14:** SLB Schmidt „Positive Reaktionen auf die Diagnose“

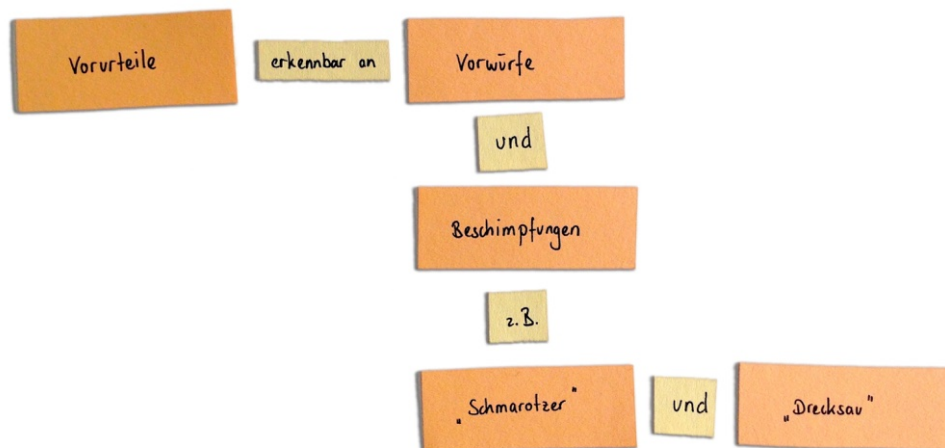


**Abb.15:** SLB Schmidt „Negative Reaktionen auf die Diagnose“

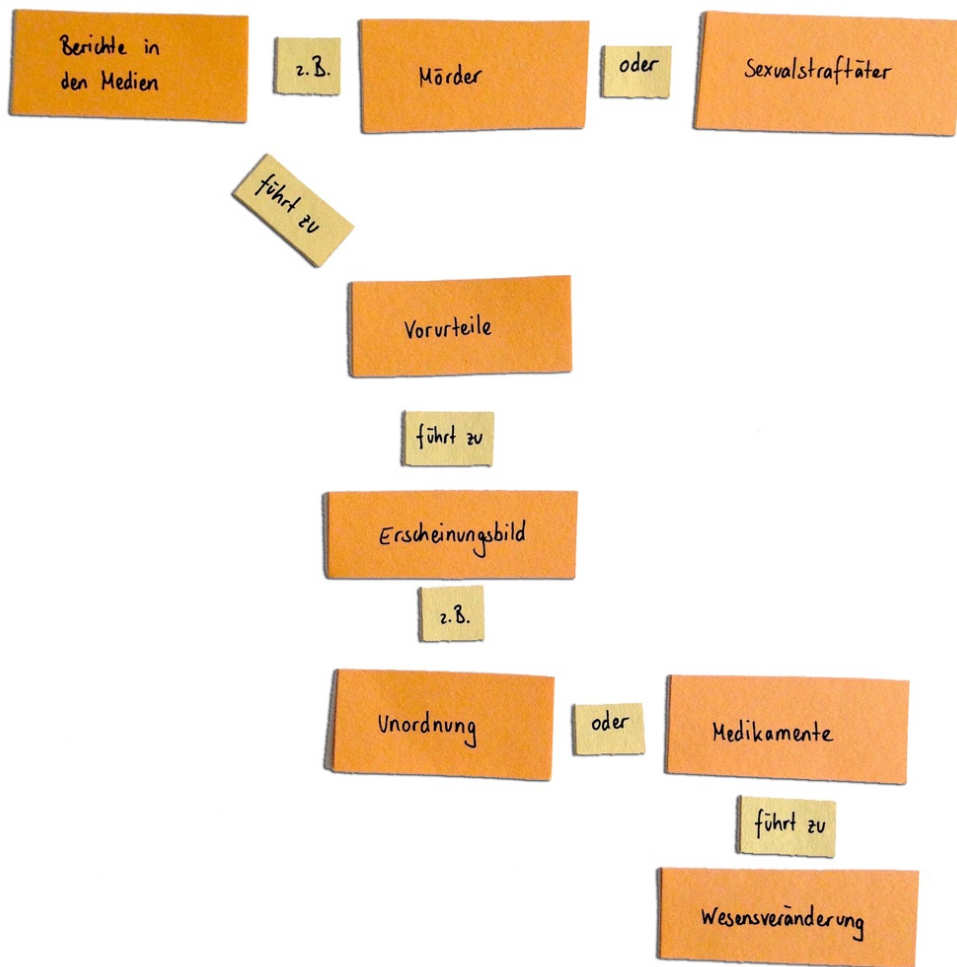




**Abb.16:** SLB Schmidt „Arten von Vorurteilen“



**Abb.17:** SLB Schmidt „Vorurteile und Vorwürfe“

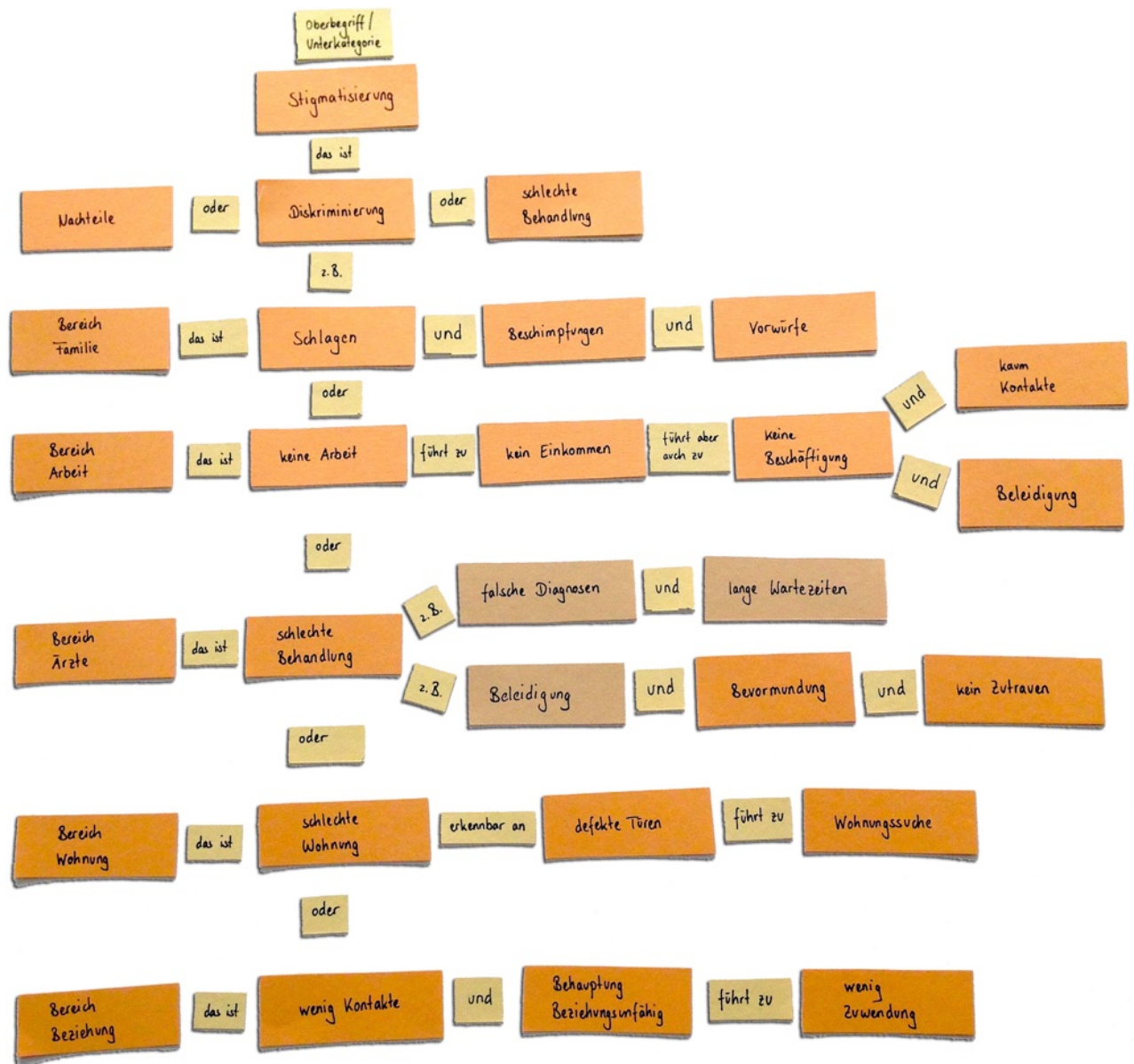


**Abb.18:** SLB Schmidt „Gründe für Vorurteile“



**Abb.19:** SLB Schmidt „Folgen von Vorurteilen“





**Abb.20:** SLB Schmidt „Formen von Stigmatisierung“



**Abb.21:** SLB Schmidt „Folgen von Stigmatisierung“



**Abb.22:** SLB Schmidt „Selbststigmatisierung“

### 12.6.3 Struktur-Lege-Bilder Herr Maier

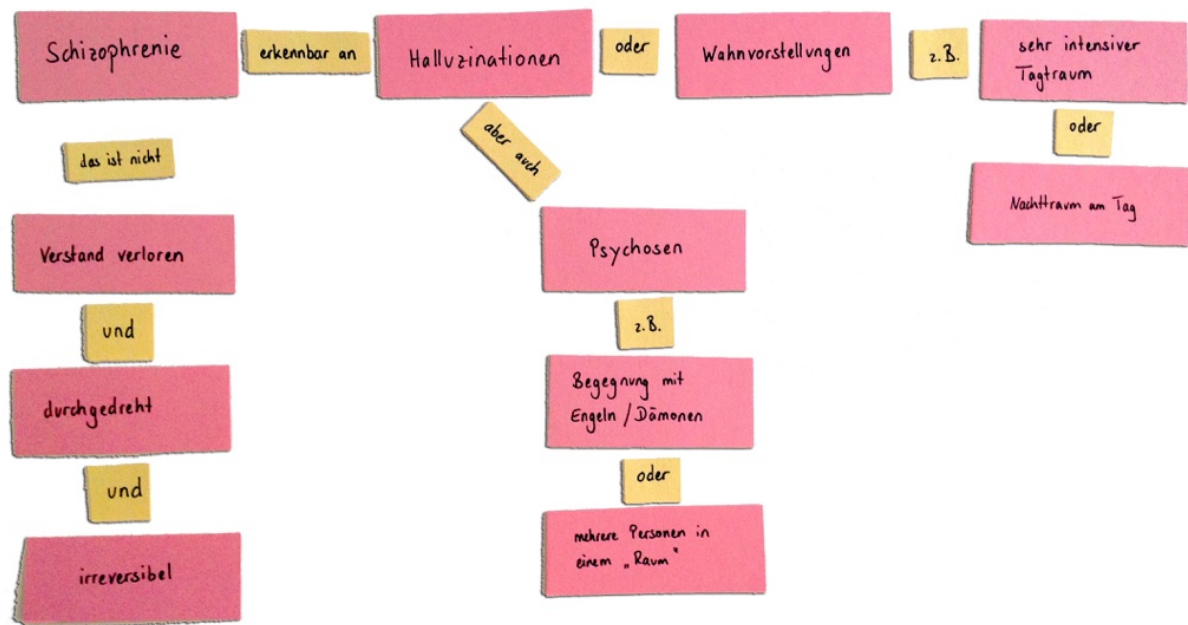


Abb.23: SLB Maier „Eigenbeschreibung der Krankheit Schizophrenie“

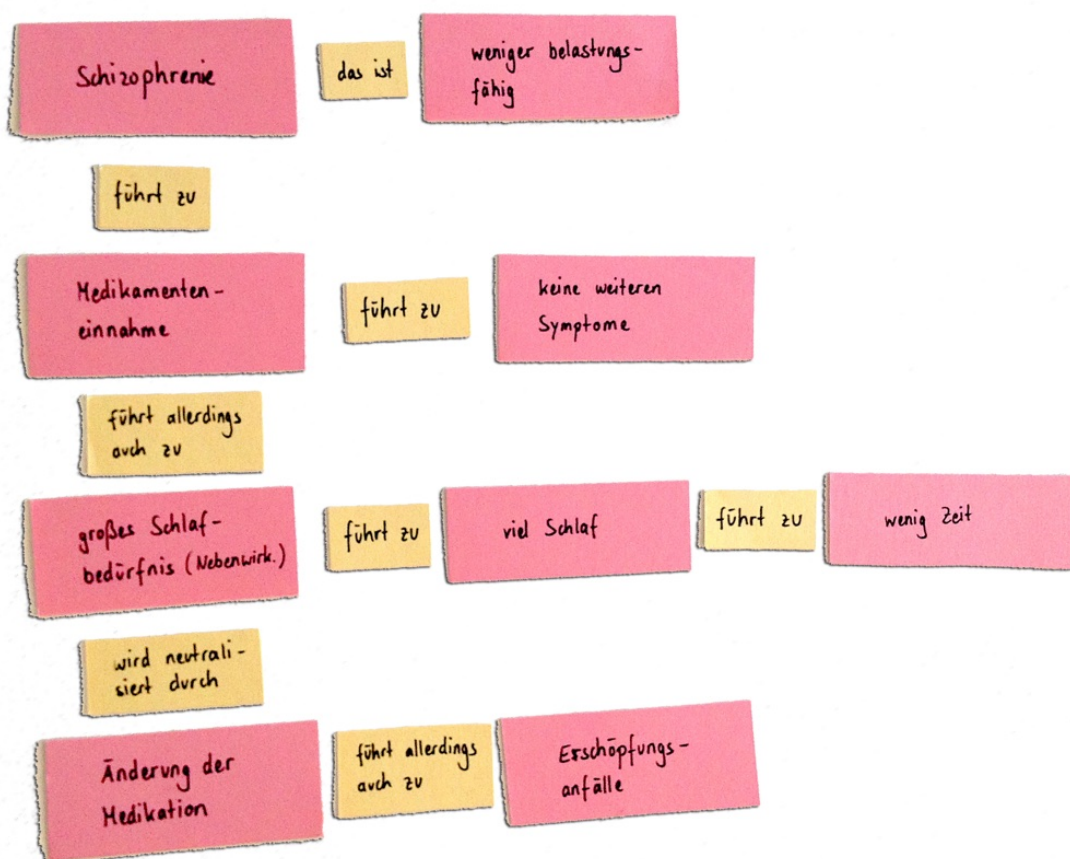


Abb.24: SLB Maier „Nachteile der Krankheit“

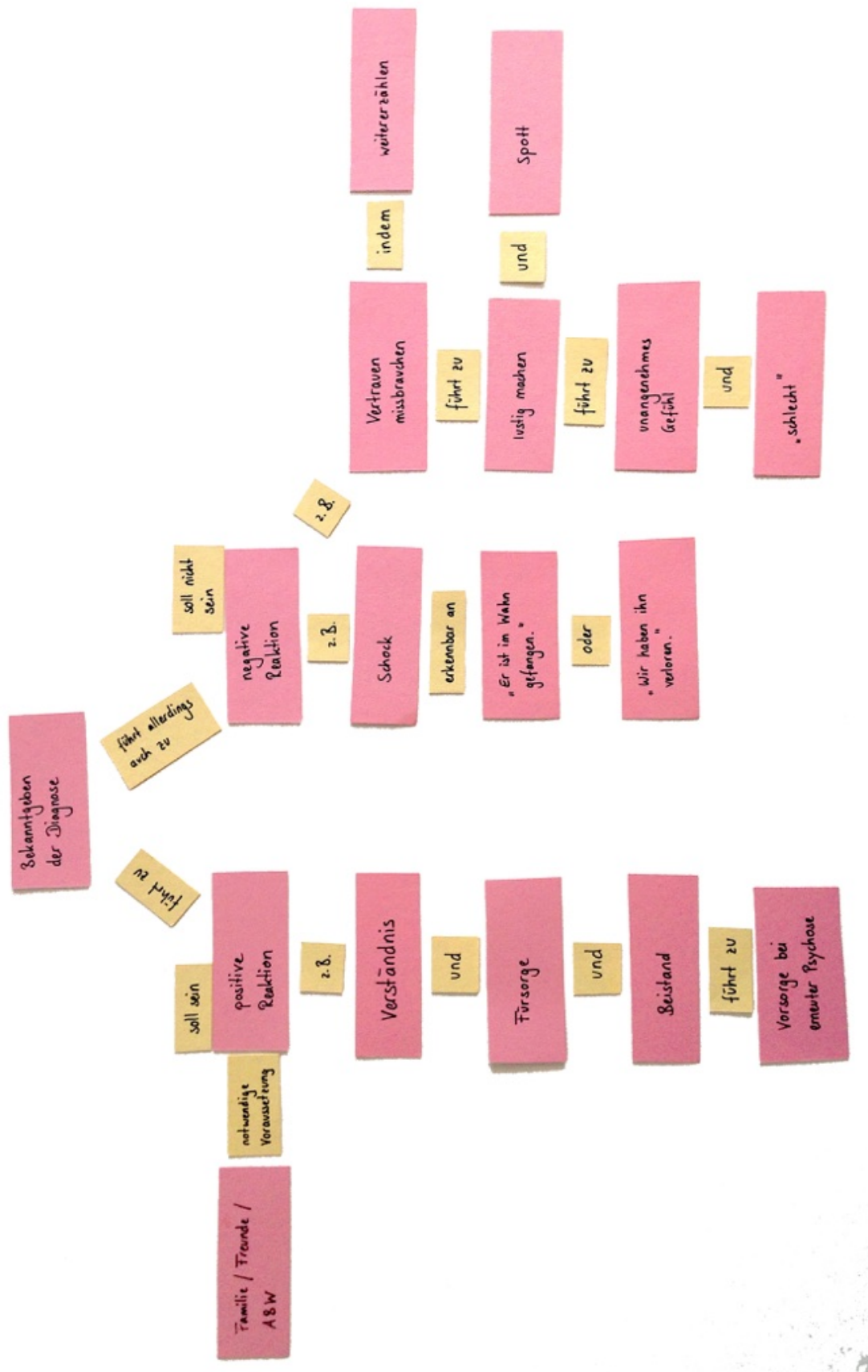


Abb.25: SLB Maier „Reaktionen auf Bekanntgabe der Diagnose“



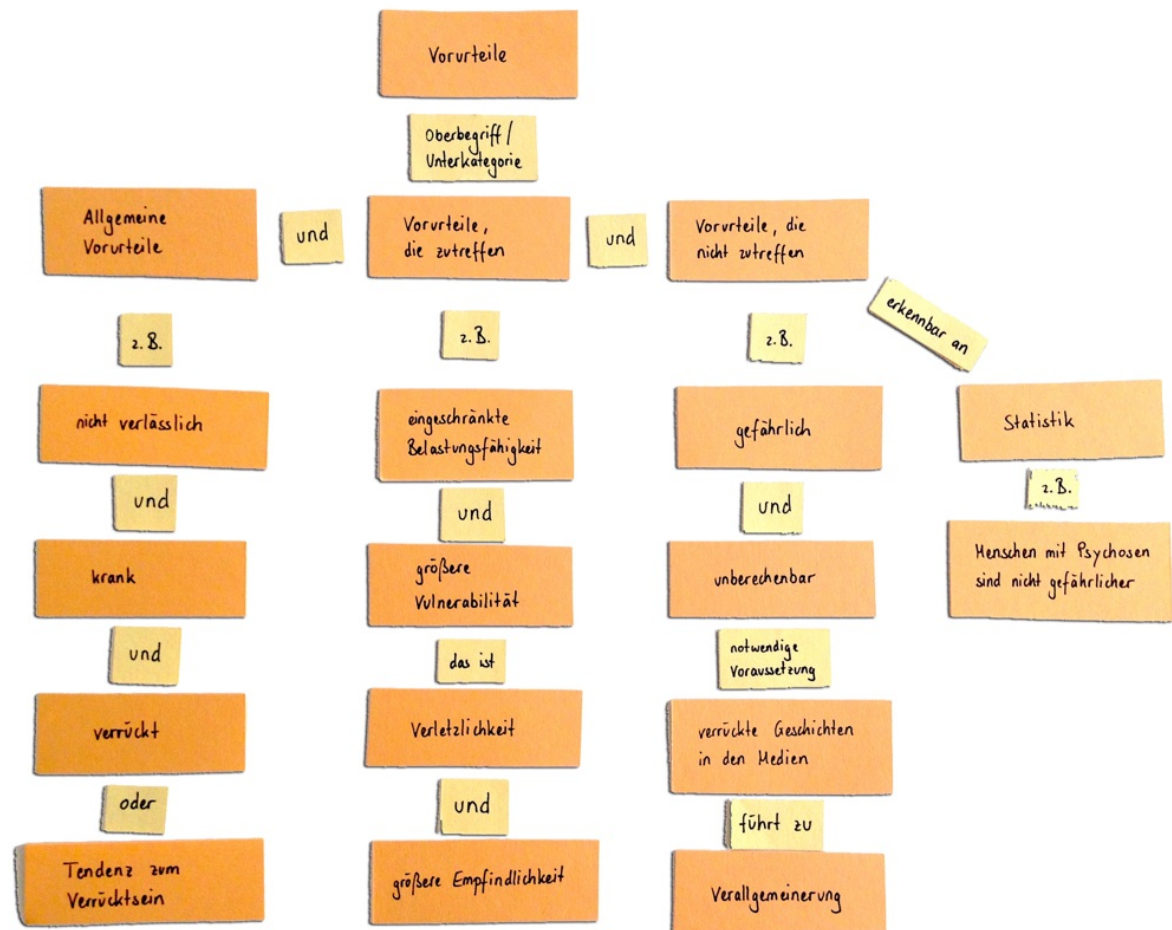


Abb.26: SLB Maier „Formen von Vorurteilen“



Abb.27: SLB Maier „Rolle der Medien“

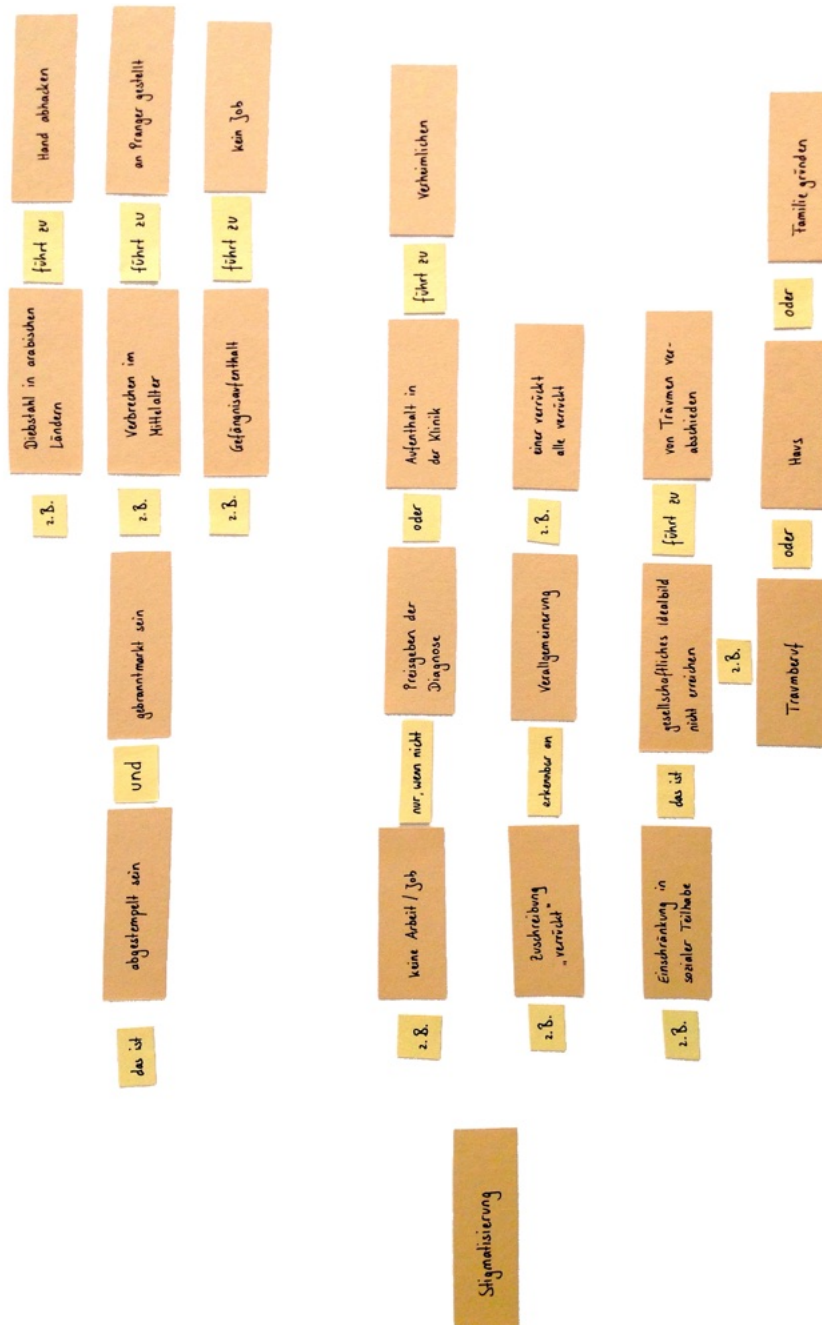


Abb.28: SLB Maier „Eigendefinition und Beispiele von Stigmatisierung“



Abb.29: SLB Maier „Stigmatisierung bei der Bewerbung“

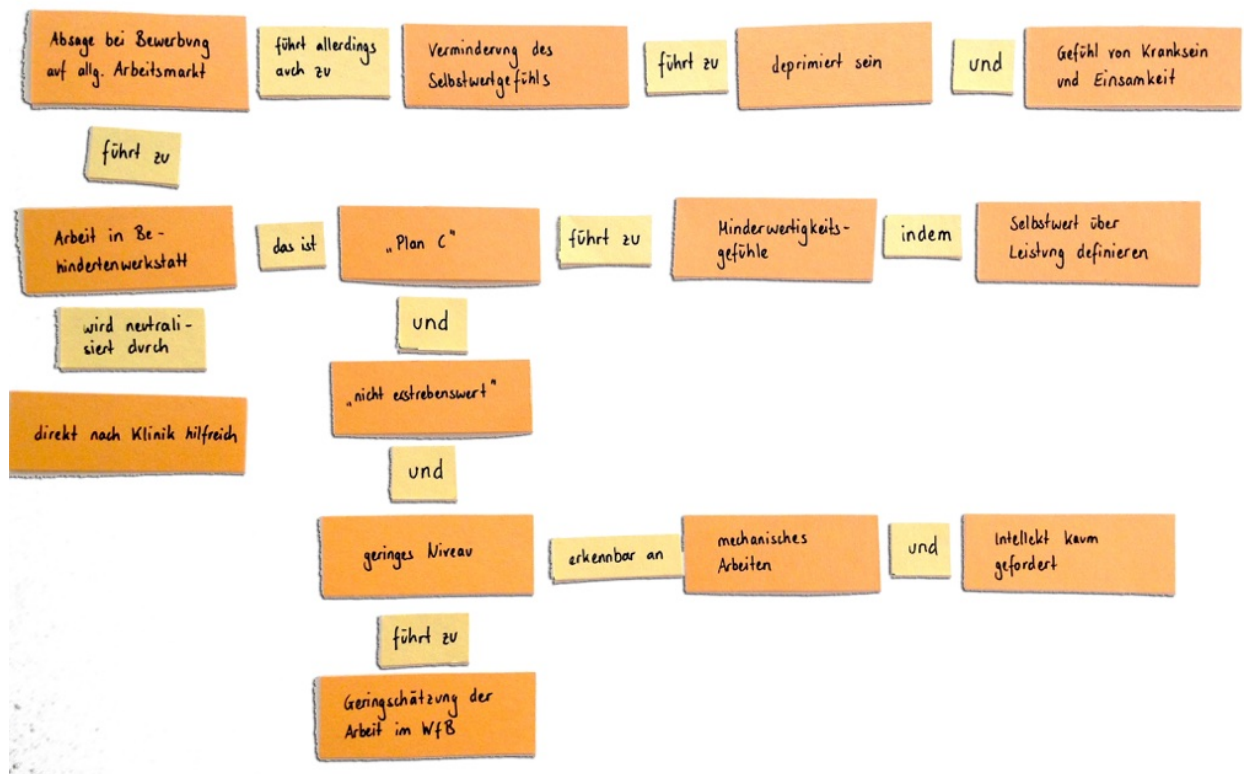


Abb.30: SLB Maier „Stigmatisierung bei der Berufswahl“



Abb.31: SLB Maier „Folgen von Stigmatisierung“

## 12.7 Formen der Stigmatisierung und ihre Auswirkungen

	Stereotype und Vorurteile	daraus resultierende Diskriminierung
<b>öffentliche Stigmatisierung</b>	Menschen mit psychischen Krankheiten sind gefährlich, inkompetent, selbst schuld, unberechenbar.	Folglich werden ArbeitgeberInnen sie nicht einstellen, VermieterInnen die Wohnung nicht vermieten, ÄrztInnen einen schlechten Versorgungsstandard anbieten.
<b>Selbststigmatisierung</b>	Ich bin gefährlich, inkompetent und selbst schuld. (Das führt zu einem niedrigeren Selbstwert und einer niedrigeren Selbstwirksamkeit.)	Why try-Effekt: Jemand wie ich ist es nicht wert eine Arbeit zu bekommen, unabhängig zu leben und eine gute Gesundheit zu haben.
<b>Vermeidung von Etikettierung</b>	Ich nehme wahr, dass die Öffentlichkeit Menschen mit psychischen Krankheiten diskriminiert und nicht respektiert.	Das will ich nicht. Ich werde deshalb das Etikett „psychisch krank“ vermeiden indem ich eine psychiatrische Behandlung ablehne.
<b>strukturelle Diskriminierung</b>	Stereotype sind im Gesetz und anderen Einrichtungen verankert.	Das führt zu beabsichtigten und unbeabsichtigten Nachteilen.

**Tab.3:** Formen der Stigmatisierung und ihre Auswirkungen in Anlehnung an Corrigan, Druss und Perlick (2014: 42)



## 12.8 Antistigma-Initiativen in Deutschland

Name	Beschreibung	weiterführende Information
<b>Aktionsbündnis Seelische Gesundheit</b>	Bundesweite Initiative die rund 80 Mitgliedsorganisationen enthält. Setzen sich aktiv gegen den Abbau von Stigmatisierung durch, unter anderem durch Antistigma-Studien.	<a href="http://www.seelischegesundheits.net">www.seelischegesundheits.net</a>
<b>Anti-Stigma-Netzwerk Freiburg</b>	Abbau von Vorurteilen gegenüber Psychosen durch offene Begegnungsstätten und Anti-Stigma-Projekte in und um Freiburg.	<a href="http://www.anti-stigma-freiburg.org">www.anti-stigma-freiburg.org</a>
<b>Anti-Stigma</b>	Homepage der Soziologin Ilja Ruhl mit Informationen zum Thema „Gegen die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen“.	<a href="http://www.anti-stigma.de">www.anti-stigma.de</a>
<b>Bundesverband für Angehörige psychisch erkrankter Menschen BApK</b>	Selbsthilfeorganisation, die sich auf politischer und gesellschaftlicher Ebene für die Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen und ihrer Familie einsetzt.	<a href="http://www.psychiatrie.de/bapk/">www.psychiatrie.de/bapk/</a>
<b>BASTA</b>	Das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen. Teil des WPA-Programms. Entwarfen „Stigma Alarm Netzwerk SANE“, eine Internetseite um Fälle von Diskriminierung zu melden.	<a href="http://www.bastagegenstigma.de">www.bastagegenstigma.de</a>
<b>Irre menschlich Hamburg e.V.</b>	Verein, der Informations-, Präventions- und Begegnungsprojekte durchführt um Toleranz und Sensibilität zu stärken. Viele Aktionen an Schulen, Betrieben und kirchlichen Einrichtungen. Angebot für Fortbildungen.	<a href="http://www.irremenschlich.de">www.irremenschlich.de</a>
<b>Irrsinnig menschlich e.V. Leipzig</b>	Initiative, die sich eine frühe Auseinandersetzung von Jugendlichen mit dem Thema seelischer Gesundheit zum Ziel gesetzt hat.	<a href="http://www.irrsinnig-menschlich.de">www.irrsinnig-menschlich.de</a>
<b>Kompetenznetz Schizophrenie</b>	Forschungsverbund, der sich mit Forschung, Vernetzung und Transfer von Wissen über Schizophrenie befasst.	<a href="http://www.kompetenznetz-schizophrenie.info">www.kompetenznetz-schizophrenie.info</a>
<b>Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.</b>	Selbsthilfeorganisation aus Mecklenburg-Vorpommern mit drei Schwerpunkten: Entlassungsangebote, Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit.	<a href="http://www.lapkmv.de">www.lapkmv.de</a>
<b>Netzwerk Stimmenhören e.V.</b>	Dialogisch organisiertes Netzwerk mit dem Ziel der Gründung von Selbsthilfegruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Durchführung von Kongressen und Anbieten von Fortbildungen.	<a href="http://www.stimmenhoeren.de">www.stimmenhoeren.de</a>
<b>open the doors</b>	Vom Weltverband für Psychiatrie entworfenen weltweites Programm zur Bekämpfung von Stigmatisierung von Schizophrenie.	<a href="http://www.openthedoors.de">www.openthedoors.de</a>
<b>Radio Z</b>	2-wöchentliche Radio-Sendung „Durchgeknallt – Die Sendung von und für Menschen mit Psychiatrieerfahrung“	<a href="http://www.radio-z.net">www.radio-z.net</a>
<b>Trialog-Forum seelische Gesundheit</b>	Projekt, das dialogischen Erfahrungsaustausch ermöglichen will.	<a href="http://www.trialog-forum-peine.de">www.trialog-forum-peine.de</a>
<b>Trialog Psychoseseminar</b>	Verbund von AnbieterInnen in ganz Deutschland zur Durchführung von Psychoseseminare mit dem Ziel Aufklärung und Entstigmatisierung.	<a href="http://www.trialog-psychoseseminar.de">www.trialog-psychoseseminar.de</a>
<b>Verein der Angehörigen psychisch Kranker Münster</b>	Zusammenschluss von Angehörigen psychisch kranker Menschen. Führen in Münster gemeinsam mit allen sozialpsychiatrischen Einrichtungen der Stadt Kampagnen durch.	<a href="http://www.trialog.sh">www.trialog.sh</a>

**Tab.4:** Antistigma-Initiativen in Deutschland

## 12.9 Strategien zur Bekämpfung von Stigmatisierung

	Individuelle Ebene	Gesellschaftliche Ebene	Strukturelle Ebene
<b>Bildung</b>	Seminare halten um das Wissen über psychische Krankheiten bei SchülerInnen, StudentInnen, PolizistInnen, JournalistInnen usw. zu erhöhen	Kampagnen in den sozialen Medien	Aufnehmen des Themas psychische Gesundheit in den Lehrplan
<b>Kontakt</b>	Menschen, die eine Geschichte als psychisch Kranke haben, einladen um in der Öffentlichkeit, mit StudentInnen usw. über ihre Erfahrungen zu sprechen	Interventionen zum Massenkontakt (Evans-Lacko 2012)	Integrationsschulen
<b>Protest</b>	Beschwerden über Zeitungsartikel, TV-Shows usw. einreichen, die negativ über Menschen mit psychischen Erkrankungen reden	Demonstrationen, Boykotts	Menschenrechte (z.B. Demonstrations- und Protestrecht)
<b>Andere</b>	Simulationen von Halluzinationen um Empathie und Verständnis zu erhöhen	-	Antidiskriminierungsgesetze

**Tab.5:** Strategien zur Bekämpfung von Stigmatisierung in Anlehnung an Büchter u.a. (2013: 3)

## 12.10 Bereiche und Zielgruppen für Antistigma-Interventionen

Bereich	Zielgruppe	Ziele
<b>Arbeit</b>	ArbeitgeberInnen, Betriebsräte, Gewerkschaften, BetriebsärztInnen, Arbeitsamt	Abbau von Vorurteilen bei Vorgesetzten und KollegInnen, Erhalt des Arbeitsplatzes, Erleichterung der beruflichen Reintegration
<b>Gesundheitswesen</b>	Personal von Psychiatrien, Sozialpsychiatrischer Dienst, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, Allgemeinmediziner, Fachmediziner, StudentInnen und Auszubildende im Gesundheitswesen	Verminderung von stigmatisierendem Verhalten, Wahrnehmen der Selbststigmatisierung durch Unterstützung der Erkrankten, Vorbildfunktion der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen nutzen
<b>Öffentlichkeit</b>	JournalistInnen, RedakteurInnen, RegisseurInnen, DrehbuchautorInnen, StudentInnen im Bereich Medien und Journalismus	Verringerung der negativen und falschen Medienberichterstattung, Sensibilisierung, Medien zur Aufklärung der Öffentlichkeit gewinnen, Unterstützung der laufenden Antistigma-Projekte
<b>Ämter</b>	Arbeitsagentur, Krankenkassen	Abbau von Vorurteilen, Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, Wahrnehmen der Selbststigmatisierung durch Unterstützung der Erkrankten von Seiten der BeraterInnen
<b>Zwischenmenschliche Beziehungen</b>	Angehörige, FreundInnen, NachbarInnen, SchülerInnen	Wissensvermittlung bzgl. psychischer Erkrankung, Abbau von Vorurteilen, Verringerung von stigmatisierendem Verhalten, Unterstützung bzgl. Selbststigmatisierung, Angehörige und FreundInnen als Mitwirkende nutzen
<b>Kinder und Jugendliche</b>	SchülerInnen	Vorurteile abbauen, Einstellungen und Verhalten bzgl. psychisch erkrankten Menschen verändern
<b>Gemeinde</b>	Allgemeine Öffentlichkeit in der Kommune, Nachbarschaft	Abbau von Vorurteilen, Aufklärung über psychische Erkrankungen, Förderung des Kontakts mit Betroffenen

**Tab.6:** Bereiche und Zielgruppen für Antistigma-Interventionen in Anlehnung an Gabel, Ahrens und Schlamann (2010: 69f.)

## Eidesstaatliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlich und sinngemäß übernommenen Stellen eindeutig kenntlich gemacht habe. Ich versichere auch, dass die Arbeit noch an keiner anderen Stelle als Abschlussarbeit vorgelegt wurde.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift